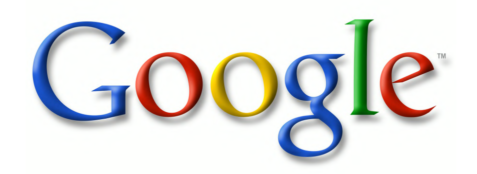
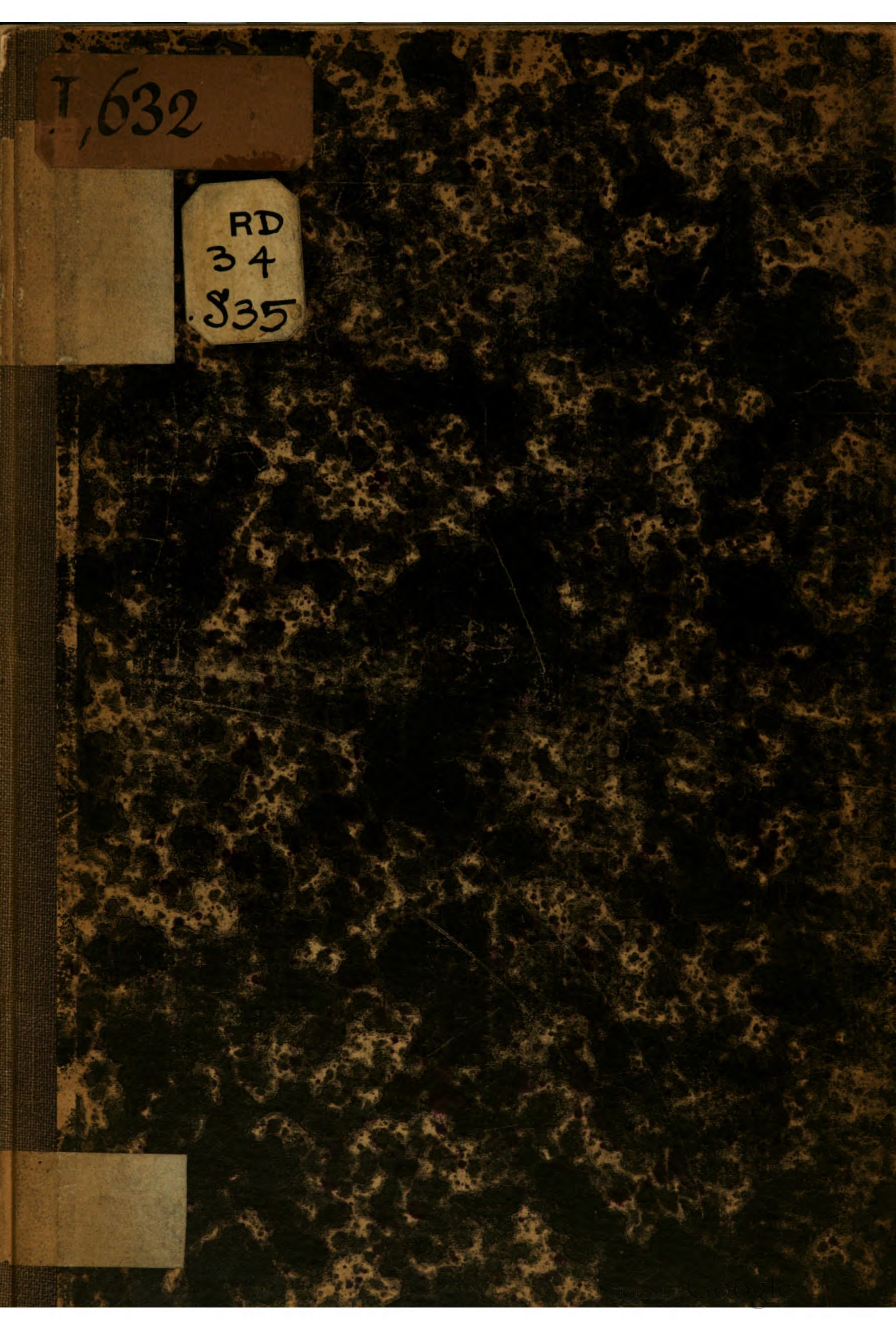
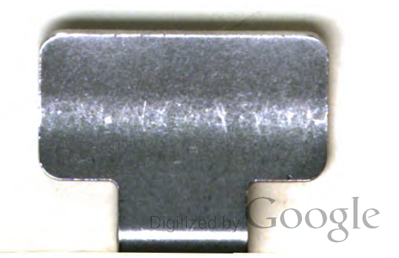
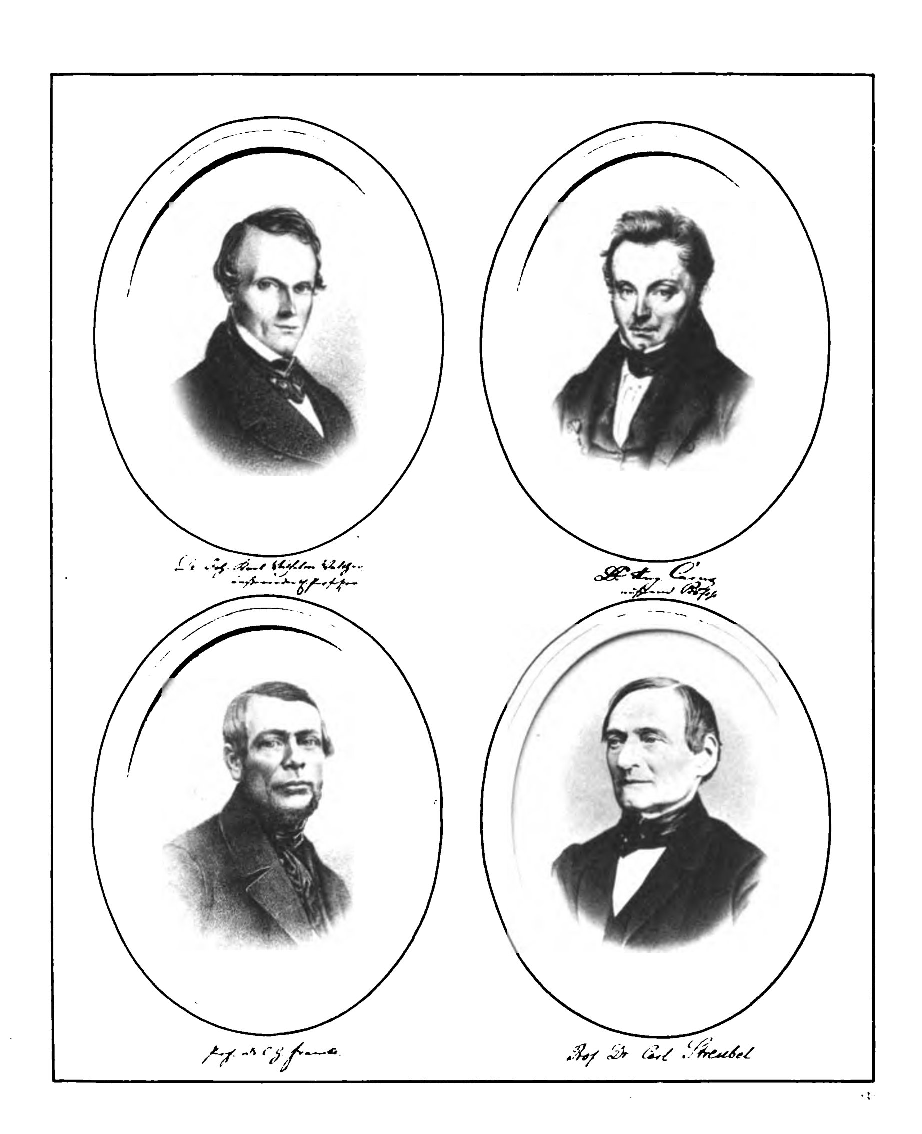



1,632
RD
34
.S35


Crescat Scientia
Vita Excolatur




Prof Dr Carl Streubel

Das
chirurgisch-poliklinische Institut

an der

Universität Leipzig

seit seiner Gründung am 1. März 1830.

Zur Erinnerung

an dessen 50jähriges Bestehen

dargestellt von

PROF. DR. BENNO SCHMIDT,
K. S. Medicinalrathe, Director der chirurgischen Poliklinik.

Leipzig 1880.
Rossberg'sche Buchhandlung.


THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARIES
CHICAGO, ILL.

Den Schülern

der chirurgischen Poliklinik

aus alter und neuer Zeit

gewidmet

vom Verfasser.

Steht das Werk eines Einzelnen, ein Gemeinwesen, ein Staat in Kraft und Blüthe, so lenkt sich dahin wohl gern unser Blick; aber wir vergessen so leicht, dass meist nur allmälig jene Pflanzungen gross gezogen wurden, erwägen auch das Sorgen und Mühen nicht, dessen Lohn ihre Erstarkung ist. Mag's sein, dass hier durch einen glücklichen Gedanken, dort durch die Gunst der Verhältnisse ein kleiner Anfang rasch über sich selbst hinausgehoben ward: weit öfter ist, was unsre Achtung verdient, das Resultat langsamer Entwicklung zu nennen, gleichwie des Menschen köstlichste Preise Siegespreise sind. Stetige Arbeit ist es, die am sichersten dauernde Erfolge erzielt, eine Arbeit, welche bei täglicher Wiederkehr derselben Pflichten keine Ermüdung und bei dem Wohlstand Anderer keine Scheelsucht kennt. Aber hat sie ein Ziel erreicht, welches Gegenstand berechtigter Freude ist, so dürfen wir vor uns wie vor Anderen der Wege gedenken, auf welchen sie zu diesem Ziele gelangt ist.

Die chirurgische Poliklinik ist bestrebt gewesen in den Bahnen stetiger Arbeit zu bleiben. Sie blickt heute auf

ein fünfzigjähriges Wirken zurück, und eben darum hat es als Pflicht zu gelten, über die Geschichte ihrer Entwickelung Bericht zu erstatten.

Als Qaellen haben die vor dem Königl. Oberconsistorium und vor dem Königl. Ministerium des Cultus und öffentlichen Unterrichts ergangenen Acten, sowie die bei der Universitäts-Rentverwalterei gesammelten Schriftstücke, die chirurgische Poliklinik betreffend, ferner das Leipziger Tageblatt, die Journale der Poliklinik, endlich eine Anzahl mündlicher Mittheilungen ärztlicher Collegen gedient. Dem Königl. Ministerium wie dem hiesigen Universitätsrentamte statte ich für Ueberlassung der Actenfascikel meinen ehrerbietigsten und ergebensten Dank ab, und danke ebenso Allen, welche mich bei Feststellung einzelner Thatsachen freundlich unterstützt haben.

Gründung.

Das Leipziger Tageblatt vom 17. 22. 26. Febr. und 1. März 1830 enthält eine Anzeige folgenden Inhaltes:

An unbemittelte Kranke und deren Pfleger.

Die tägliche Erfahrung lehrt, daß eine zweckmäßige und einfache Behandlung leichter, äußerer Uebel oft hinreicht, um größere abzuwenden, und daß Unkenntniß und Versäumniß derselben, besonders unter den Armen und auf dem Lande, eben so oft unheilbare, den Commun- und Krankencassen zur Last fallende Gebrechen erzeugt. Die Unterzeichneten haben sich daher vereinigt, nach dem Beispiel größerer Städte, am hiesigen Orte eine Berathungsanstalt für unbemittelte Personen aus der Stadt und Umgegend, welche an leichten Verwundungen, Erfrierungen, Verbrennungen, Geschwüren und dergl. leiden, und dabei nicht bettlägerig sind, zu errichten, ihre Uebel gründlich zu untersuchen, und sie unentgeldlich mit Rath und den nöthigen Handleistungen zu versehen. Der hiesige Magistrat, stets bereit, alle Absichten der Humanität und Wohlthätigkeit kräftigst zu unterstützen, hat hierzu vorderhand ein eignes Local im hiesigen Jacobshospitale gütigst bewilligt, allwo die Unterzeichneten vom 1. März d. J. an täglich von 11—12 Uhr gegenwärtig und zur Annahme der Kranken bereit sein werden, wobei sich jedoch von selbst versteht, daß hiermit die Aufnahme und Verpflegung im Hospitale selbst keineswegs verbunden sein kann.

Leipzig am 16. Febr. 1830.

Dr. **Walther**, außerordentl. Professor der Medic. u. gerichtl. Stadtwundarzt.

Dr. **Carus**.

Diese Bekanntmachung bezeichnet den Anfang eines Institutes, welches ein halbes Jahrhundert hindurch nach verschiedenen Seiten hin segensreich gewirkt und eine stetig wachsende Thätigkeit entfaltet hat. Heute am Tage ihres 50jährigen Bestehens geziemt es uns, einen Rückblick auf die verdienstvollen Gründer der chirurgischen Poliklinik und die Umstände zu werfen, unter denen sie ihr Werk begonnen, derer zu gedenken, welche ihre Kraft dem Gedeihen dieser Anstalt gewidmet oder durch Bewilligung der Geldmittel, durch Legirung namhafter Summen den Bestand derselben gesichert, und an der Hand des Inhaltes jener Bekanntmachung zu prüfen, in wie weit das Institut seine Aufgabe erfüllt, ob es zum Nutzen der Kranken und Lernenden war, ob es das ihm vorgesteckte Ziel erreicht, vielleicht weiter gesteckt habe.

Die Zahl der Einwohner von Stadt und nächster Umgebung, welche um 1830 sich bei der Stadt allein auf 40946, bei Stadt und Vorstadtdörfern auf nahe 50000 belief, rechtfertigte das Unternehmen der Professoren Walther und Carus bereits insofern, als unter diesen sich gar Viele befinden mussten, welche zwar, so lange sie arbeitstüchtig sind, keineswegs zu den Armen gehören, wohl aber von dem Augenblicke an unterstützungsbedürftig werden, als sie eine Krankheit, eine Verwundung verdienstunfähig macht. Für die sogenannten inneren Kranken dieser Categorie hatte seit 1818 das durch Dr. Friedrich August Benjamin Puchelt begründete medicinische Poliklinikum gesorgt. Mit ihm war auch ein von Wiegand geleitetes chirurgisches Ambulatorium verbunden, von dessen Schicksale jedoch nichts Näheres und namentlich nicht das bekannt ist, ob es die unbemittelten äusserlich Kranken wirklich angezogen habe. Vielmehr scheint es, dass die überwiegende Mehrzahl der letzteren in die Behandlung der Barbiere gelangte, und zwar nicht nur solcher, welche durch die Erlangung einer begrenzten ärztlichen Bildung und abgelegte Prüfung zur Ausübung wundärztlicher Praxis berechtigt waren, sondern auch solcher, welche nur bei Unterstützung oder in Vertretung ihres Meisters sich in Behandlung „kleiner“ Verletzungen und „unbedeutender“ chir. Krankheiten einige Routine erworben hatten, bald aber auch einer Behandlung wichtiger Fälle sich unterfingen, welcher sie keineswegs gewachsen waren, und bei welcher sie die grössten diagnostischen Fehler und therapeutischen Ungehörigkeiten begingen — Erfahrungen, welche 20 Jahre später dazu führten, die Classe der Wundärzte fernerhin auf-

hören zu lassen. WALTHER und CARUS perhorrescirten schon damals diese Missstände und boten in ihrem Aufrufe den Kranken der unbemittelten Classe — welche ja meist der Billigkeit wegen, und desshalb in die Barbierstuben wanderten „weil sie daselbst jederzeit einen Sachverständigen präsent zu finden meinten“ — eine auf wissenschaftlicher Basis ruhende Untersuchung und Behandlung, wie sich dieselben bis dahin nicht zu verschaffen vermochten.

In zweiter Reihe erschien die Gründung einer chir. Poliklinik um desswillen ein dringendes Bedürfniss, weil damaliger Zeit eine chirurgische Klinik noch nicht existirte. Zwar war bei dem Jacobshospitale ein Wundarzt angestellt. Dieser behandelte jedoch die chirurgischen Kranken nur unter den Auspicien des Directors der inneren Klinik, welcher als alleiniger Director des Krankenhauses dem Rathe gegenüber für die Krankenbehandlung verantwortlich war. Den Umgängen und Operationen des Chirurgen wohnten wohl auch Studirende bei; eine chirurgische Klinik im heutigen Sinne bestand aber nicht. Bereits unter den 29. Mai 1829 hatte die Medicinische Facultät um Ordnung dieser Angelegenheit beim Sächsischen Oberconsistorium gebeten; die Erledigung dieser wichtigen Angelegenheit stand aber noch aus*). Da kamen die Gründer unsrer Poliklinik mit ihrem Unternehmen zuvor, und fanden auch bei dem Director und Wundarzte des Krankenhauses nicht nur kein Hinderniss, sondern wurden sogar in sofern gefördert, als man beim Magistrate das Gesuch um freie Gewährung eines poliklinischen Locales in den Räumen des Krankenhauses befürwortete, freilich unter der Verwahrung, dass solche Kranke, welche zu einer ambulatorischen Behandlung sich nicht eigneten, nicht ohne weiteres Aufnahme im städtischen Krankenhause finden könnten.

Von der Eröffnung des chirurgischen Ambulatorium im Jacobshospitale am Rosenthale am 1. März 1830 datirt die Gründung der chirurgischen Poliklinik. Zwar finden sich bereits im Lectionscataloge für Sommersem. 1829 ein Mal „chirurgische Consultationen“ von WALTHER und CARUS angekündigt; dieselben können jedoch, da sie privater Natur waren, nur sehr beschränkt gewesen sein. Dagegen gewinnen die Armenberathungen an Umfang und öffentlichem Charakter, nachdem sie in das vom Stadtrath überlassene Local innerhalb eines

*) Sie erfolgte erst i. J. 1834 durch eine Verordnung v. 15. Januar.

bereits populären Gebäudes verlegt wurden, und wurden seit Sommersem. 1830 regelmässig im Verzeichniss der academischen Vorlesungen so wie in den Verzeichnissen des Personalbestandes der Universität und ihrer Institute, und zwar hier bald als „ärztliche und wundärztliche Berathungsanstalt“, bald als „chirurgisches Poliklinikum“, später als „chirurgisch-poliklinisches Institut“ aufgeführt. Wie übrigens aus einer an das Königl. Oberconsistorium gerichteten Supplik d. d. 19. Aug. 1830 hervorgeht, haben die Gründer selbst den Anfang der Poliklinik auf den 1. März 1830 angenommen, und den im Sommerhalbjahr 1830 gemachten Versuch ignorirt.

Krankenbewegung.

In der eben erwähnten Supplik findet sich angegeben, dass bis zum 30. August des Gründungsjahres 213 Kranke behandelt wurden. Laut einem bei dem Königl. Cultusministerium im August 1832 eingereichten Berichte belief sich die Zahl der Kranken in dem Zeitraume vom 1. März 1830 bis Ende Juli 1832 auf 945. In welchen Proportionen sie innerhalb der nächsten 15 Jahre gestiegen ist, lässt sich aus den Acten nicht ersehen, da die eingereichten Krankenübersichten nicht beiliegen, und nur gelegentlich der Ueberreichungsschreiben eine oder die andere Zahl aufgeführt wird. Für das Jahr 1846 werden die behandelten Kranken einschliesslich der Zahnkranken zu 2935, 1847 zu 3211, 1850 zu 2341, 1852 zu 2787 angeführt. Nach 25jährigem Bestande waren bereits 44860 Kranke durch die Anstalt gegangen. Auch aus späteren Jahren bis z. J. 1868 sind die Journale entweder nicht mehr vorhanden, oder nur unzuverlässig geführt, da die Einschreibung der Kranken durch den jedesmaligen Practikanten zu geschehen hatte, eines Protocollanten aber das Institut entbehrte. Von 1869 an sind die Aufstellungen mit ganzer Sicherheit zu machen, und zwar wurden behandelt:

im Jahre	Kranke	Zahnkranke	Sa.
1869	2279	1602	3881
1870	2005	1579	3584
1871	2084	1304	3388
1872	2124	1560	3684
1873	2220	1418	3638
1874	2088	1068	3156
1875	2139	1269	3408
1876	2297	1286	3583
1877	2918	1904	4822
1878	3333	2042	5375
1879	3618	2438	6056

Die Zahl, welche die chirurgische Poliklinik am Ende ihres ersten Vierteljahrhundert aufweisen konnte, wird hiernach bereits in den letzten 10 Jahren (mit 44594) erreicht. Der Krankenbesuch hat sich also in den letzten 25 Jahren um 150% gesteigert.

Die Krankenzahl wuchs nothwendig mit der Einwohnerzahl von Leipzig und seinen Vorstadt- und Aussendörfern, welche sich

im Jahre 1834 auf 59211
" " 1864 " 137453
" " 1875 " 213203

beziffert. In den letzten Jahren, wo die Einwohnerzahl Leipzigs allein von 127387 i. J. 1875 auf rund 153000 i. J. 1879 rapid anstieg, musste auch die Patientenziffer schneller wachsen, abgesehen von einigen Umständen, welche weiter unten angeführt werden sollen.

Die Grenzen, bis zu welchen sich die Thätigkeit der Poliklinik erstreckt, haben sich nach und nach, und namentlich seit dem Bestehen der Eisenbahnen, immer mehr erweitert. Die Verkehrserleichterung allein ist es freilich nicht, welche hierbei mitwirkt, vielleicht auch das Ansehen, welches eine Anstalt als Universitätsinstitut überhaupt, und insbesondere als integrirender Theil einer Universität geniessen mag, die wie heutzutage die Leipziger Universität in raschestem Aufblühen begriffen ist. Die oft getäuschte Hoffnung auf Wiedererlangung der Gesundheit, der sehnliche Wunsch nach Erhaltung des Lebens lässt Manchen die Beschwerden einer langen Reise gering achten; und wahrhaft rührend ist es wahrzunehmen, wie Angehörige mit ihrem auf einen Hand- oder Rüstwagen gebetteten Kranken Nachts 2 Uhr aufbrechen,

um zu rechter Zeit zur Stelle zu sein, und einen oft kurzen ärztlichen Rath oder eine wenig tröstliche Auskunft zu erhalten, ja wohl am selbigen Tage noch die 8stündige Rückfahrt zu bewerkstelligen; und dies nicht ein Mal nur, sondern oftmals in regelmässiger Wiederholung Wochen und Monate hindurch.

Bei der Gründung hatte man es zunächst nur auf die unbemittelten Bewohner Leipzigs und der nächsten Umgebung abgesehen. Jetzt liefert der Leipziger und Zwickauer Kreishauptmannschaftliche Bezirk, die angrenzenden Herzogthümer und Fürstenthümer, der Theil des Regierungsbezirkes Merseburg, welcher von Merseburg westlich, von Schkeuditz südlich und von Delitzsch östlich gelegen ist, ein ansehnliches Contingent zu den Besuchern unserer Anstalt, während natürlich für die um und nördlich von Halle gelegenen Ortschaften die Hallesche Klinik ein magnetisches Centrum bildet.

Beispielsweise wurden behandelt:

	Sachsen	aus anderen deutschen Staaten	Sa.
im Jahre 1877	2797	121	2918
„ „ 1878	3191	142	3333
„ „ 1879	3443	175	3618
Sa.	9431	438	9869

Unter den 2797 Sachsen v. J. 1877 befanden sich 1460 aus Leipzig und 1337 aus andern Orten Sachsens; i. J. 1878 unter 3191 Sachsen 1964 aus Leipzig und 1227 aus andern sächsischen Ortschaften; i. J. 1879 unter 3443 Sachsen 2133 aus Leipzig und 1310 aus andern sächsischen Ortschaften.

Unter die Rubrik „andre deutsche Staaten" zählen:

	Preussen	Altenburg	Weimar	Dessau	Reuss j. L.	Reuss ä. L.
1877	77	29	6	3	2	4
1878	84	41	7	1	6	3
1879	124	32	5	2	5	7
Sa.	285	102	18	6	13	14

Um das Bild zu vervollständigen, entfallen beispielsweise i. J. 1877 von den Königl. preussischen Unterthanen auf Delitzsch 16, Eilenburg 14, Halle 4, Torgau 2, Lützen 6, Bitterfeld 3, Weissenfels 4, Zeitz 5, Schkeuditz 11, Dürrenberg 5, Düben 2 u. s. f. — und i. J. 1878 auf Delitzsch 13, Eilenburg 10, Halle 5, Torgau 6, Lützen 12, Bitterfeld 5, Weissenfels 4, Zeitz 10, Schkeuditz 16, Dürrenberg 11, Düben 4 u. s. f.

Während die chirurgische Poliklinik Anfangs längere Zeit die einzige Berathungsanstalt für äusserlich Kranke blieb, entstanden im Laufe der Zeit gleiche und ähnliche Institute, welche bald Lehr-, bald privaten Zwecken dienen sollten.

Bei Berufung des Professor GÜNTHER an die hiesige chirurgische Klinik (i. J. 1841) wurde, da damaliger Zeit die Krankenzahl auf der chirurgischen Abtheilung des Jacobshospitales eine ziemlich niedrige, die Qualität der äusseren Kranken für Abhaltung einer Klinik ungenügend und die Zahl der Königl. Freistellen gering (Anfangs 4) war, eine chirurgische Poliklinik gegründet und besonders dotirt; sie bildet unter der Bezeichnung: „Königl. chirurgische Poliklinik im Jacobshospitale" ein Adnexum der chirurgischen Klinik daselbst.

1855 gründete Prof. HENNIG theils aus eigenen Mitteln, theils mit Hülfe eines ad hoc zusammengetretenen Vereines eine Poliklinik für Kinder, welche vom Tage ihres Bestehens an Lehrzwecken gedient, und ebensowohl chirurgische wie innere Kranke in Behandlung genommen hat.

Der Albert-Zweig-Verein Leipzig-Möckern eröffnete am 5. August auf der Langenstrasse hier ein medicinisch-chirurgisches Ambulatorium.

Von Ostern 1876 wurde als Universitätslehranstalt eine orthopädische Poliklinik zu unentgeltlicher Berathung und Behandlung orthopädischer Kranker in einem Universitätslocale (Paulinum) eingerichtet und von der Regierung mit einem Berechnungsgelde ausgestattet.

Seit Sommersem. 1878 hat Dr. Frh. VON LESSER, Doc. an der Univ., eine chirurgische Poliklinik für Studienzwecke eröffnet.

Den unbemittelten Kranken ist somit eine reiche Auswahl unter Solchen geboten, denen sie ihr Vertrauen schenken wollen, ein Vorzug, welcher nicht selten von den Aermsten in sofern gemissbraucht wird, als er sich weit leichter oder vielmehr leichtsinniger als der Zahlende entschliesst, aus einer früheren Behandlung in eine neue überzugehen.

Wer ernstlich Arbeit sucht, weil er Freude an ihr hat, der findet sie gewiss; mit der Zahl der Berathungsanstalten scheint sich das Arbeitsmaterial zu mehren. Für das Gedeihen sämmtlicher aber kann es nur förderlich sein, wenn sie, wie es hier der Fall ist, freundlich zu einander stehen und nicht darauf ausgehen, sich gegenseitig Abbruch zu thun weder an ihrer Arbeit noch an ihrem Rufe.

Local.

Manche schätzen wohl den am glücklichsten, dem es gestattet ist, sich bei Begründung seines Heim's grosse, weite Gemächer auszustatten, mögen sie auch Anfangs öde und unbevölkert sein. Für das Streben scheint es mir anregender, wenn man sich eng fühlt in seinen Räumen. Und kommt dann die Zeit, wo die Räume wachsen, und das Haus sich dehnt, da empfindet man wohl doppelte Freude über das erreichte Ziel.

Für das junge Institut war es gewiss von Wichtigkeit, dass es seine erste Heimstätte in den Räumen des Jacobshospitales angewiesen erhielt. War doch der Weg dahin den Kranken unserer Stadt nicht fremd und ungewohnt. Vielen der Collegen, welche ihre klinische Studienzeit noch im alten Jacobshospitale verbracht haben, wird ein kleines einfenstriges Zimmer im ersten Stock des am Eingangsthorwege gelegenen Hauses, neben dem Operationssaale erinnerlich sein, welches zu Zeiten GÜNTHER's und THIERSCH's als Wartezimmer für die vorzustellenden Kranken diente. In diesem Zimmer stand die Wiege der Poliklinik. Als sie heranwuchs reichte dieser kleine Raum natürlich nicht aus, wurde wohl auch bei der Organisation der chirurgischen Klinik anderweit gebraucht; kurz i. J. 1834 wurde der chir. Poliklinik das Local gekündigt. Sie bewarb sich beim Magistrat um ein anderweites Unterkommen. Dasselbe wurde ihr in einem städtischen Gebäude, Universitätsstr. 14 zu Theil. In diesem, dem Eingange zur Magazingasse gegenüberliegenden Hause waren im Erdgeschoss rechts von der Hausthür ein Ordinationszimmer mit 2 nach der Strasse gehenden Fenstern (s. die anhängende 1. Abbildung; das fragliche Haus ist die zweite Thür rechts auf dem Bilde); dahinter befand sich ein Wartezimmer für die Kranken, im ersten Stock ein kleines Gemach für Specialuntersuchungen. Die Räumlichkeiten waren nur mässigen Ansprüchen genügend, niedrig, spärlich beleuchtet und litten unter dem Strassenverkehr. Daher verwendeten sich bereits i. J. 1846 die Proff. WALTHER und FRANKE beim Königl. Cultusministerium um Anweisung eines neuen Locals. Die Hoffnung, dass auch diesmal der Rath der Stadt bereit sein würde, die Poliklinik in einem städtischen Gebäude aufzunehmen, schlug fehl. Vielmehr lehnte der Rath in einem Antwortschreiben an das Ministerium d. d. 6. Juli 1848 seine Betheiligung

ab (s. u. S. 11). Nach vielfachen Hin- und Rückverhandlungen, während welchen i. J. 1853 Prof. Rüte mit der Uebernahme der medicinischen Poliklinik betraut, auch das neue Quergebäude des Trier'schen Institutes bezogen wurde, genehmigte unter dem 2. März 1853 das Ministerium, dass die Parterreräume des alten Hauptgebäudes des Entbindungsinstitutes auf dem Grimm. Steinweg 56 für die Aufnahme der chirurgischen und medicinischen Poliklinik hergerichtet würden (s. den anhängenden Grundriss auf Taf. 2). Mit dem 1. November 1853 waren die gedachten Räumlichkeiten fertig gestellt und wurde fernerhin das mit *a* bezeichnete Zimmer als Ordinationszimmer, das mit *b* bezeichnete als Warteraum, das Cabinet *c* zu Specialuntersuchungen, der Raum *d* als Holzraum benutzt, während in dem jenseits des kleinen Höfchens gelegenen Häuschen die Aufwartung Wohnung erhielt.

Fast 20 Jahre wurde hier gearbeitet, und zwar Wochentags 11—12 die chirurgische, von 12—1 die otiatrische, Nachmittag 2—3 die medicinische, und (v. J. 1855 an) 3—4 die pädiatrische Poliklinik abgehalten. Bereits i. J. 1869 (nachdem i. J. 1868 die medicinische Poliklinik in die Hände des Prof. Wagner, und in demselben Jahre die chirurgische Poliklinik an den Berichterstatter übergegangen war), erwiesen sich die Räume wiederum als unzureichend, da die Zahl der Kranken wie der Zuhörer in gleicher Weise zunahm. Der Krieg von 1870/71 liess jedoch eine Aenderung nicht sofort zu. Zu Pfingsten 1872 aber siedelten sämmtliche obgenannten Polikliniken in die geräumigen Parterre-Localitäten des Mittelgebäudes des Paulinum rechts dem Kreuzgange über (s. Tafel 3), welche noch heute in Gebrauch, bereits aber vor 2 Jahren durch Zuschlag eines 4. Zimmers erweitert worden sind, und mit Uebernahme der medicinischen Poliklinik durch Prof. Erb einer ferneren Erweiterung und Ausbau entgegengehen. Die jetzigen Räume (s. Taf. 4) bieten ein grosses Wartezimmer *a*, ein grosses Ordinationszimmer *b* mit 4 angrenzenden Räumen für Specialuntersuchungen *ff*, ein geräumiges Vortragszimmer *c* und endlich ein desgl. für electrische Behandlung *d*, sämmtlich durch grosse Bogenfenster genügend beleuchtet, und durch kein anderes Geräusch gestört, als welches der Ab- und Zugang der Zuhörer und Kranken und der Verkehr mit diesen verursacht. Gerade dieses Geräusch aber wird bei der jetzigen Frequenz oftmals zum störendsten Lärm. Vortrag, Untersuchung, Abfertigung der Kranken, namentlich solcher, die sich laut und ungebildet benehmen, hindern sich gegenseitig, so dass man

mit grosser Befriedigung der bevorstehenden Localänderung entgegensieht.

Die Disposition über das Local haben die beiden Directoren der medicinischen und chirurgischen Poliklinik, und gehen die beiden anderen genannten Polikliniken, nehmlich die otiatrische und die pädiatrische in unserem Locale zu Gaste. Auch ist bisher das Princip innegehalten worden, eine neue Poliklinik, welche einer bereits bestehenden Concurrenz macht, nicht aufzunehmen.

Geldmittel.

Die Aufforderung der Drr. Walther und Carus richtet sich an unbemittelte Kranke. Die Kosten der Behandlung bestritten die Genannten zunächst aus eignen Mitteln, wenn auch in der Hoffnung, dass, wenn das Institut sich als lebensfähig erwiese, ihnen die Unterstützung des Staates, der Stadt, freigebiger Bürger nicht fehlen würde.

Gewiss haben die Gründer gleich Anfangs den Gedanken gehabt, in der Poliklinik zu lehren, und haben den Kranken dafür, dass sie als Lehrobject dienen, das Aequivalent einer unentgeltlichen Behandlung bieten müssen. Wenn aber, wie gegenwärtig, sich jährlich Tausende aus Nah und Fern ärztlichen Rath und Hülfe, Verbände und Maschinen ohne jedes oder gegen nur geringes Entgelt in unserer Anstalt holen, so muss man sagen, dass sich diese zu einem Wohlthätigkeitsinstitute gestaltet hat, welches ohne grosse Störung für das Wohl und Wehe Vieler gar nicht hinweggedacht werden kann. Und wenn überhaupt in unserer Zeit der Sinn der Dankbarkeit für empfangene Wohlthaten gepflegt, wenn nicht von der Mehrzahl der Empfänger die Wohlthat als etwas Selbstverständliches hingenommen würde, so müssten jene Tausende und abermals Tausende das Gedächtniss der Männer segnen, welche durch Eröffnung des Ambulatoriums vor 50 Jahren den Grundstein zu einer grossartigen Humanitätsanstalt gelegt haben.

Zu namhafter pecuniärer Erleichterung, aber auch zu entschiedener Empfehlung gereichte es dem jungen Institute, dass ihm der Rath der

Stadt gleich im Beginn seiner Laufbahn ein Zimmer im Jacobshospitale überliess, und, als diess sich zu eng erwies, ihm später ein anderes in einem städtischen Gebäude der Universitätsstrasse einräumte (s. o. S. 8). Hiermit hatte freilich die Subvention Seitens der Stadtgemeinde ihr Ende. Denn als im Jahre 1846 die Vorstände der medicinischen und chirurgischen Poliklinik um ein erweitertes Local beim Königl. Ministerium nachsuchten, und Dieses erwarten durfte, dass hierzu die Stadtgemeinde nochmals die Hand bieten würde, da im vorhergehenden Jahre unter den behandelten Kranken beider Polikliniken sich 1559 unbemittelte Individuen aus Leipzig befunden hatten, so erklärte der Magistrat sich ausser Stande, eine geeignete Localität zur Disposition stellen zu können, und fügte dem bei, dass ja die beiden Institute bei allem Nutzen, den sie mittelbar auch der hiesigen Stadt gewähren, doch zunächst für Zwecke der Universität unterhalten würden. Seitdem hat die chirurgische Poliklinik von der Stadt eine weitere Vergünstigung nicht genossen; nur von der medicinischen Poliklinik wird ein von der Stadt (17. Decbr. 1853) verwilligter jährlicher Beitrag von 50 Thlr. — jetzt 300 Mark — verrechnet. Zur Steuer der Wahrheit mag allerdings nicht unerwähnt sein, dass die Stadtgemeinde den Kranken aus der ärmeren Classe eine anderweite ärztliche Hülfe in dem Institute der Armenärzte bietet, so dass es nicht ihre Schuld ist, wenn trotzdem unsere Anstalt von den hiesigen Unbemittelten in steigender Weise in Anspruch genommen wird.

Ein eigenthümlicher Zuschuss zu den Deckungsmitteln floss Anfangs aus den Inscriptionsgeldern der die Poliklinik benutzenden Studirenden, deren Höhe vom Anfange an auf 3 Thaler normirt war. Nach jetzigen Begriffen wäre diess ein Geld, welches die poliklinischen Lehrer für sich hätten in Anspruch nehmen sollen. Soweit die Rechnungen der chirurgischen Poliklinik zurückreichen, figuriren diese „Collegiengelder“ nirgends in der Einnahme. Aus einem Bericht der Medicinischen Facultät an das Oberconsistorium d. d. 3. Decbr. 1830 aber ist ersichtlich, dass die beiden Docenten ihre Collegieneinnahmen zum Ausgleich der poliklinischen Rechnungen verwendet haben. Wann diese Collegiengelder aufgehört haben, unter den Einnahmen der chirurgischen Poliklinik aufgeführt zu werden, ist aus den Acten nicht ersichtlich. Bei der medicinischen Poliklinik sind sie aber noch i. J. 1853 verrechnet, und in einem Rescripte des Königl. Ministerium des Cultus vom 3. Decbr. 1853 der damalige Director der medicinischen Poli-

klinik, Professor RÜTE, aufgefordert worden „die 3 Thlr., welche jeder das Poliklinikum besuchende Studirende halbjährlich zu zahlen habe, wie zeither zur Casse des Poliklinikums einzuziehen und zur Bestreitung der laufenden Ausgaben bei demselben zu verwenden".

Bereits unter dem 19. August 1830 gingen die Professoren WALTHER und CARUS das Königl. Oberconsistorium darum an, der chirurgischen Poliklinik eine Staatshülfe zu gewähren. Sie beriefen sich darauf, dass sie seit Eröffnung der Poliklinik bereits 213 Kranke behandelt, und ihnen aus eigenen Mitteln Medicamente, Bandagen und Maschinen geschafft hätten. Bei der Erwägung aber, ob nicht der chirurgischen Poliklinik eine Unterstützung aus der Casse der medicinischen Klinik zugewiesen werden könne (nach Professor CLARUS's Vorschlag in Höhe von 50 Thlr.), kam die Medicin. Facultät darauf zurück, dass bereits i. J. 1829 dem Königl. Oberconsistorium die Bitte vorgetragen worden sei, eine chirurgische Klinik zu gründen. Hierdurch wurde eine Entschliessung des Oberconsistorium und nachmals des Ministerium des Cultus und öffentlichen Unterrichts zu Gunsten der chirurgischen Poliklinik bis zum Jahre 1835 verzögert.

Bis dahin wurde die Poliklinik nur durch Gratificationen vom Königl. Ministerium unterstützt. Erst unter dem 22. Januar 1835 wurde den Proff. WALTHER und CARUS eröffnet, dass von den Landständen für das chirurgische Poliklinikum jährlich 700 Thlr. bewilligt worden seien, und zwar je 200 Thlr. Besoldung der beiden Professoren, und 300 Thlr. Berechnungsgeld.

Von jetzt ab genoss also die chirurg. Poliklinik eine Staatsunterstützung, über welche alljährlich Rechnung abgelegt, und seit welcher auch über sonstige Veränderungen des nunmehrigen „Universitätsinstitutes" berichtet, bez. die Bewilligung des Hohen Ministerium eingeholt werden musste. Da sich bei dem Wachsen der Krankenzahl dieses Etatquantum wiederholt als unzureichend erwies, wurde es, wahrscheinlich i. J. 1848 auf 500 Thlr. und zuletzt i. J. 1862 auf 600 Thlr. jährlich erhöht. Hierzu kommen ca. 200 Mark Legatenzinsen, so dass sich die jährliche Einnahme der Poliklinik auf rund 2000 Mark beläuft, nach Maassgabe des letzten Jahres also auf jeden Kranken 33 Pf. entfallen.

Dieses Berechnungsgeld, weit entfernt, die Bedürfnisse einer so umfänglichen Berathungsanstalt, wie die unsrige, zu decken, ist in den

letzten Jahren trotz gewissenhaftester Sparsamkeit um ein Bedeutendes überschritten worden. Und zwar schliesst das Rechnungsjahr 1877 mit einem Fehlbetrag von 1413 M. 98 Pf., 1878 mit einem weiteren von 1826 M. 11 Pf., d. J. 1879 endlich mit einem von 1360 M. 46 Pf. (in Summa also mit einem Deficit von 4500 M. 55 Pf.) ab, ungerechnet weitere 1800 M., deren Verwendung weiter unten ihre Erklärung finden werden. Diese Ueberschreitung erklärt sich der Hauptsache nach aus zwei Umständen. Einmal ist die Zahl der Hülfesuchenden nicht nur nach Maassgabe des Wachsthums der Bevölkerung sondern auch durch den fortschreitenden Rückgang in den Erwerbsquellen der arbeitenden Classe bedenklich gewachsen. Und wenn man auch bemüht ist, diejenigen, welche allenfalls im Stande sind, einen Curaufwand aus eigenen Mitteln zu bestreiten, von den hierzu Mittellosen zu scheiden, so gelingt es doch in der Zeit der andauernden Verdienstlosigkeit der unteren Classen immer seltener, den Hülfesuchenden die Deckung der Curkosten zuzumuthen. Denn arm zu sein, ist schon schlimm, aber arm und krank zugleich weit schlimmer. Das Andere, wodurch sich der Aufwand der chirurgischen Poliklinik gesteigert hat, ist die LISTER'sche Wundbehandlung. Sie setzt uns in den Stand, mit vorher ungeahnter Sicherheit, die Wundheilung zu beschleunigen, gefährdete Körpertheile zu erhalten, Eitervergiftung und Wundrose zu verhüten. Diese Behandlung, deren Urheber wir unbestritten zu den grössten Wohlthätern der Menschheit rechnen müssen, ist nicht mit billigem Gelde zu erkaufen. In allen Kliniken, wo sie eingeführt, hat sich der Aufwand um ein Bedeutendes gesteigert. Und doch, wer wollte sich lediglich aus dem Gesichtspunkte der Theuerung einer Behandlung entschlagen, welche der arbeitenden Classe gerade dadurch zur grössten Wohlthat wird, dass der Arbeiter nach kürzerer Frist als bisher, wieder an die Arbeit zu gehen, und in vielen Fällen durch sie allein wieder erwerbsfähig zu werden vermag. An Stelle herrschender Erwerbsstockung wird hoffentlich in baldiger Zukunft ein reichlicherer Verdienst unserer Clienten treten, obwohl nicht zu vergessen ist, dass gesteigerte Arbeit auch den Anlass zu Krankheiten und Verletzungen steigert. Die jetzt eingeführte Wundbehandlung aber kann unter keinen Umständen eines Geldmangels wegen aufgegeben und dem Unbemittelten vorenthalten werden.

Neueren Gesuchen, das Etatquantum mit Rücksicht auf jenen Nothstand zu erhöhen, hat zwar die Hohe Staatsregierung vorläufig

nicht willfahren können. Es steht aber zu hoffen, dass, wenn die wirthschaftliche Krisis, welche der Regierung und Landesvertretung die grösste Sparsamkeit auferlegt, überwunden sein wird, auch auf unsere Anstalt ein neuer Strahl der Gnade fallen werde.

Freilich wäre uns zu wünschen, dass bis dahin und auch ferner andere Factoren helfend einträten. Das Königl. Ministerium des Cultus hat an unserer Anstalt zunächst das Interesse der Unterrichtsanstalt, welchem es durch die mehrerwähnte Subvention gerecht wird. Die Poliklinik als öffentliche Wohlthätigkeitsanstalt wird die Quellen zur Deckung ihres Mehraufwandes anderorts aufsuchen müssen, und hoffentlich auch finden, sei es bei den Gemeinden, denen die Sorge für ihre Ortsangehörigen mehr als früher anheimfällt, oder bei den Armenanstalten, wo solche besonders bestehen, oder bei den Bezirksvereinen. Mit wärmstem Danke aber würde es begrüsst werden, wenn die Privatwohlthätigkeit sich bei gebotener Gelegenheit einer heimischen Anstalt, wie der unsrigen, in gleich hochherziger Weise erinnerte, mit welcher sie grosse Summen zur Linderung unübersehbarer Nothstände nach entfernten Gegenden versendet. In einer Schrift: „Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation“ sagt BILLROTH bezüglich der Begründung eines poliklinischen Institutes in Wien: „Ich gebe nicht die Hoffnung auf, dass sich bald einige der Millionäre in Wien entschliessen, diesem Institute Capitalien in grossem Maassstabe zuzuwenden, wie diess in England und Amerika alltäglich ist.*) Es wäre ein grosser Triumph unserer selbstständigen politischen und socialen Entwicklung, wenn ein solches Institut frei aus sich selbst und durch sich selbst erstarkte“.

Im Laufe des 50jährigen Bestehens haben eine Anzahl Edeldenkende unsre Anstalt mit Legaten und Geschenken bedacht, welche bei dem Universitätsrentamte verwaltet und deren Zinsen für Deckung der Betriebskosten verwendet werden. Indem ich den schuldigen Dank, welcher bereits früher für die hochherzigen Geschenke den Betheiligten ausgesprochen wurde, noch ein Mal mit aller Wärme wiederhole, mögen die Namen der Schenkgeber an diesem Orte aufgeführt werden.

---

*) THIERSCH führt in seiner Rectoratsrede 1876 bei einem Vergleiche der kärglich dotirten deutschen Spitäler mit den Londoner an, dass zwei der Letzteren 800000 M. jährliche Rente allein aus fundirtem Vermögen beziehen.

Herrn Ernst Traugott Schubert's († den 19. Decbr. 1849) Erben . . . . 200 Thlr.
Frau Bertha Morgenstern, geb. Berndt († d. 21. Febr. 1856) . . . . 300 „
Frau Emilie Henriette verw. Lieutenant von Schlieben († den 25. Febr. 1857) . . . . 200 „
Gesellschaft „Röblinger Marine“ den 16. April 1857 . . 25 „
Dieselbe den 27. April 1858 . . . . 50 „
Dieselbe den 31. März 1860 . . . . 50 „
Herrn Phil. Mart. Beckmann's († den 15. Novbr. 1868) Erben . . . . 200 „
Aus dem Nachlasse eines Frühvollendeten . . . . . 100 „
Frau Louise verw. Beckmann, geb. Limburger († den 13. August 1878) . . . . 1000 Mark.
Frau Louise verw. Commerzienräthin Frege, geb. Lücke († den 25. Juli 1879) . . . . 600 „

Aus Anlass der bevorstehenden Erinnerungsfeier hat der Vorstand die Namen der Wohlthäter unseres Institutes auf einer würdig ausgestatteten Tafel verzeichnen und im Locale der Poliklinik anbringen lassen. Möchten die noch leeren Felder dieser Tafel in näherer oder fernerer Zukunft neue Namen edelgesinnter Freunde unserer Anstalt aufnehmen dürfen, welche mit einem warmen Herzen für Hülfsbedürftige und Kranke fühlen.

Dankend sei hier auch der Liberalität gedacht, mit welcher der Bandagist Reichel Vater und Sohn von Anbeginn an der Poliklinik einen nennenswerthen Rabatt gewährt hat. Beispielsweise betrug innerhalb der Jahre 1869—1879 auf einen Bruttobetrag von 10939 M. 55 Pf. die Preisermässigung 1413 M, 25 Pf.

Desgleichen lässt auch die Löwen-Apotheke (früher Rohde, jetzt Dr. Lössner) bei Lieferung der Medicamente an die Anstalt sowohl als an die zugewiesenen Kranken eine namhafte Preisherabsetzung eintreten, wofür wir nicht unterlassen wollen, den Besitzern unsere dankbare Anerkennung auszusprechen.

Endlich mag eine Erleichterung, welche zwar nicht unmittelbar dem Säckel der Poliklinik, wohl aber den von auswärts zu ihr kommenden Kranken zu Gute kommt, dankbar erwähnt werden. Mindestens 10 Jahre hindurch bis zum Jahre 1874 wurde den auf einer in Leipzig einmündenden Bahn (damals der K. S. westl. Staatsbahn, der Leipzig-

Dresdener, der Magdeburg-Leipziger, der Thüringer und der Berlin-Anhaltischen Eisenbahn) hierher reisenden Kranken gleich denen, welche die Augenheilanstalt besuchten, freie Fahrt gewährt. Die Vergünstigung war um so höher anzuschlagen, als zur Begleitung Kranker, namentlich kranker Kinder, häufig eine zweite Person von ihr Gebrauch machte. Leider haben sich neuerer Zeit die Leute diese Wohlthat durch öfteren Missbrauch verscherzt, und wurde i. J. 1875 auf sämmtlichen Bahnen dieser freie Verkehr eingestellt. Um so dankbarer ist es zu rühmen, dass noch jetzt auf besondere Bescheinigung und Fürbitte Seitens der Aerzte gar vielen Kranken und ihren Angehörigen freie Reise gewährt wird, sobald man sich nur versichert halten darf, dass mit solcher Vergünstigung kein Unfug getrieben wird. Dass diess nicht geschehen möge, daran haben die bedürftigen Kranken und die chirurgische Poliklinik als Lehranstalt gleich hohes Interesse.

Directoren und Hülfsärzte.

Bei der Gründung des Institutes hatten sich zwei angesehene Chirurgen zu gemeinsamer Arbeit verbunden, die Drr. WALTHER, a. o. Prof. und CARUS Doc. a. d. Univ. Sie mochten bei einer Zweizahl wohl den Gedanken der gegenseitigen Erleichterung und Vertretung gehabt haben, vielleicht auch der gegenseitigen wissenschaftlichen Unterstützuug, um bei schwierigen Fällen sich gemeinsam berathen, und Jeder je nach seiner Befähigung und Liebhaberei die klinische Demonstration ausführen könnte. Diese Einrichtung der Doppelzahl bestand bis z. J. 1861. Der Charakter des „Privatinstituts“, welcher der Anstalt durch Gründung aus eigener Initiative und eignen Mitteln innewohnte, verlor sich zwar theilweise als die Königl. Staatsregierung ihr eine Subvention zukommen liess, und die beiden Directoren besoldete. Ein Theil davon hatte sich aber insofern erhalten, als bei Weggang oder Ableben eines der Directoren der Rückbleibende eine neue Kraft sich cooptirte, und das Hohe Ministerium um Bestätigung seiner Wahl und Uebertragung des freigewordenen Gehaltes auf den Neueintretenden ersuchte. Hieraus ergab sich folgende Zusammensetzung der Duumvirate, welche bis 1861 an der Spitze der Anstalt standen:

Dr. J. C. W. Walther — Dr. E. A. Carus 1830—1844.
Dr. J. C. W. Walther — Dr. C. G. Francke 1844—1858.
Dr. C. G. Francke — Dr. C. W. Streubel 1858—1861.

Es sei gestattet, bezüglich dieser vier Männer einige biographische Notizen beizufügen:

Dr. Johann Carl Wilhelm Walther, geb. zu Leipzig 1795, promovirte daselbst 1820 mit einer Dissertation de hernia crurali, war seit 1823 Docent, zur Zeit der Gründung a. o. Professor der Medicin, erhielt bei Gelegenheit der Berufung des Prof. Günther an die chirurgische Klinik, für welche Walther sich unter den Vorgeschlagenen befand, den Titel eines ordentlichen Professor. Er starb 63 Jahre alt am 3. Februar 1858. Als Schriftsteller ist er durch zahlreiche Artikel in dem von ihm mitredigirten „Handwörterbuch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde" von Walther, Jäger und Radius, Leipzig 1836—1840 bekannt.

Dr. **E. August Carus,** Sohn des Leipziger Professors der Philosophie Friedr. Aug. Carus. Geboren den 10. Juli 1797, studirte er in Leipzig, promovirte daselbst 1821 mit einer Dissertation de vi naturae medicatrice, besuchte dann Göttingen und Berlin, gründete 1829 die (nachmals Schreber-Schildbach'sche) orthopädische Heilanstalt, wurde d. 17. Januar 1831 a. o. Prof. der Medicin, folgte am 10. Septbr. 1844 einem Rufe als Prof. der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik nach Dorpat, und starb auf einer Reise von dort nach seiner Heimath am 26. März 1854 in Berlin. Carus war ein guter Diagnostiker und Operateur, beschäftigte sich mit Vorliebe mit Orthopädie und Bandagenlehre, und war in beiden Disciplinen als Schriftsteller thätig.

Dr. **Carl Gottlob Francke,** welcher 1831 Stabsarzt während des russisch-polnischen Feldzuges war, habilitirte sich nachmals als practischer Arzt, namentlich operativer Chirurg in hiesiger Stadt. Auf sein Gesuch vom 24. Septbr. 1844 und nach Einholung eines Gutachtens Seitens der Medic. Facultät vom 7. October 1844 wurde ihm durch Ministerialverordnung vom 23. October 1844 die Theilnahme an der Direction der chirurgischen Poliklinik gestattet, eine Remuneration aber vorläufig nicht gewährt. Am 27. März 1846 wurde er zum a. o. Professor der Medicin ernannt. In späteren Jahren genoss er wegen Kränklichkeit öfters längeren Urlaub, und starb am 22. Dec. 1861 in einem Alter von 54 Jahren. Francke war ein vortrefflicher Diagno-

stiker, ein sehr unternehmender und eleganter Operateur, welcher sich neu bekanntwerdende Techniken mit vielem Glück aneignete, dabei ein liebenswürdiger und humaner Mensch, dem auch die Poliklinik die unter dem Titel „Geschenk der Röblinger Marine" aufgeführten Schenkungen verdankt.

Dr. **Carl Wilhelm Streubel** wurde 1816 zu Leipzig geboren, studirte ebendaselbst und in Göttingen, promovirte mit einer Abhandlung über den Varix aneurysmaticus, habilitirte sich Ostern 1849 an der Universität und wurde am 4. Juni 1852 a. o. Professor der Medicin. Während einer längeren Abwesenheit Francke's hatte er diesen bereits in der chirurgischen Poliklinik vertreten und wurde nach dem 1858 erfolgten Tode Walther's mittelst Ministerial-Verordnung vom 22. Jan. 1859 als Mitdirector bestätigt. 1866 begleitete Streubel die sächsische Armee als freiwilliger Arzt auf den Kriegsschauplatz nach Böhmen. Er war ein guter Operateur, literarisch sehr gebildet, beschäftigte sich aber auch gern und viel mit chirurgischer Anatomie und experimenteller Chirurgie. Als Schriftsteller leistete er Ausgezeichnetes auf dem Gebiete der mechanischen Krankheiten. Seine vorzüglichsten Arbeiten beziehen sich auf die Luxationen im Ellbogengelenk, die Taxis eingeklemmter Brüche und die Scheinreductionen der Hernien. Auch enthalten die Schmidt'schen Jahrbücher zahlreiche kritische Artikel über chirurgische Gegenstände.

Allen denjenigen, welche unter der Leitung dieser Männer die chirurgische Poliklinik besucht haben, oder in collegiale Beziehung mit ihnen gekommen sind, werden deren Züge in lebhafter Erinnerung sein, wie sie unser Titelbild wiederzugeben versucht. Die heutige Generation ruft ihnen den wärmsten Dank für ihre treue Arbeit über das Grab nach.

Nach Francke's Tode blieb Streubel alleiniger Director der Poliklinik. Zwar hatte er der bisherigen Tradition folgend beim Hohen Ministerium darum nachgesucht, ihm den Berichterstatter zur Seite zu geben, wurde jedoch durch Verordnung vom 21. April 1862 abschläglich beschieden, da das Königl. Ministerium eine doppelte Direction eines und desselben ungetheilten Institutes nicht für erspriesslich erachtete. Dagegen wurde dem Director in Anbetracht der grossen Krankenzahl ein promovirter Assistenzarzt mit einem Gehalte von 200 Thlr. bewilligt, welcher in der Regel auf zwei Jahre angestellt werden sollte. In Folge dessen veranlasste Streubel den Vf. dieses die ebengenannte Assistentenstelle anzunehmen, welche derselbe auch

vom 24. October 1862 bis December 1868 begleitete, wo er an Stelle des früh Dahingeschiedenen durch Ministerialverordnung vom 27. Jan. 1869 zum Director der Poliklinik ernannt wurde.

Hülfsärzte. Während der ersten Jahre des Bestehens unsrer Anstalt vertrat die Stelle eines Hülfsarztes der Wundarzt Dr. phil. UHLIG, nach dessen Austritt der Wundarzt KIESEWALTER bei der Poliklinik beschäftigt war. Als derselbe der chirurgischen Praxis entsagte, ersetzte ihn der Wundarzt HEINRICH HENSEL. Sämmtliche Genannte haben, Letzterer bis Ostern 1869, und wiederum stellvertretungsweise im Wintersemester 1870/71 ihre Dienste unentgeltlich der Poliklinik gewidmet. HENSEL wurde dafür auch bei seinem definitiven Weggange der Dank des Königl. Ministerium und eine ausserordentliche Gratification zu Theil.

Vom 1. Januar 1869 ab fungirte nach Maassgabe der Ministerialverordnung vom 21. April 1862 als alleiniger Assistent der Dr. FRIEDR. MÜLLER. Von Michaelis 1872 an genehmigte das Hohe Ministerium die Anstellung zweier Assistenten unter gleicher Besoldung von 200 Thlr. (welche jedoch vom Jahre 1874 auf je 300 Thlr. erhöht wurde). In Folge dessen trat 1872 Dr. WEICHARDT, 1873 Dr. ROB. HERM. TILLMANNS, 1874 Dr. WILHELM MOLDENHAUER, 1875 Dr. MAX ZIMMERMANN, 1878 Dr. OTTOMAR TEUTSCHEBEIN und 1880 Dr. FELIX DÖRFFEL in eine jedesmal freiwerdende 1. oder 2. Assistentenstelle ein.

Als sich durch die wachsende Krankenzahl ein Protokollant und ein zahnärztlicher Assistent unabweisbar nöthig machte, nahmen vorläufig auf privaten Wunsch des derzeitigen Directors der frühere Militärarzt OTTOMAR SPERLING und Zahnarzt GUST. JUL. PARREIDT Ostern 1877 diese Stellen ein. Sämmtliche Collegen haben mit rühmenswerthem Fleiss, Ausdauer und Geschick ihres mühsamen Amtes gewartet, und sich um den Bestand und das Emporkommen der Anstalt Verdienste erworben, denen an dieser Stelle ein besonderer Dank gewidmet sein soll.

Die Aufwartung besorgten nach einander die Krankenwärterinnen WENDEL bis 1865, WELSCH bis 1872 und VEILOTTER, jetzt verehel. VEIT, welche sämmtlich zur Zufriedenheit den an sie gestellten Anforderungen genügt haben.

Klinik.

In diesem Abschnitte mag in kurzen Umrissen geschildert werden, was bisher die chirurgische Poliklinik als Unterrichtsanstalt zu leisten bestrebt gewesen ist.

Die Klinik hat ihre Bezeichnung daher, dass der medicinische Unterricht am Krankenbette ertheilt wird. In einer Zeit, wo die Krankenhäuser noch nicht zum klinischen Unterrichte benutzt wurden, geschah die practische Unterweisung der Studirenden dadurch, dass sie von dem Lehrer an die in der Stadt zerstreut liegenden Krankenbetten geführt wurden, wovon die Bezeichnung Poliklinik sich herleitet. Hiermit war meist die Einrichtung verbunden, dass die gehfähigen Kranken täglich zu bestimmten Stunden in eine für sie geöffnete Anstalt, Ambulatorium kamen. Vom Ende des vorigen Jahrhunderts erst datirt die Errichtung von Kliniken, ärztlichen Unterrichtsanstalten in Krankenhäusern, und bestehen seitdem die Ambulatorien, sowie die in der ursprünglichen Form erhaltenen Einrichtungen, wo die Kranken in ihren Häusern aufgesucht werden (Districtspolikliniken) als von diesen getrennte ärztliche Unterrichtsanstalten.

Unsere Poliklinik ist ein chirurgisches Ambulatorium, welches voraussetzt, dass zu ihm die Kranken kommen oder gebracht, aber auch wieder hinweggebracht werden können. Wenn sie trotzdem die Bezeichnung einer Klinik beibehalten hat, so hat dies seinen Grund darin, dass der Sprachgebrauch den Begriff „Klinik" auf jede öffentliche Berathungsanstalt, und namentlich auf solche auszudehnen pflegt, an welchen medicinischer (klinischer) Unterricht ertheilt wird.

Daraus, dass die eine Anstalt die Füglichkeit hat, die Kranken im Bett zu behandeln (stationäre Klinik), während die andere nur ambulatorisch behandeln kann (Poliklinik), ergeben sich für Beide als Behandlungs- ebensowohl wie als Unterrichtsanstalt wichtige Unterschiede, erledigt sich aber auch das Bedenken, als könne die eine der andern Concurrenz machen (Billroth). Es könnte sich höchstens um die Frage handeln, ob eine Poliklinik ohne Anschluss an eine Klinik überhaupt eine erspriessliche Thätigkeit entwickeln könne. Diese Frage ist entschieden zu bejahen. Nur darf der poliklinische Unterricht nicht nur Routiniers bilden, nicht den Studirenden die Meinung einflössen, als könnten sie hier alles lernen, was sie überhaupt als Aerzte brauchen,

nicht einen Schlendrian in Untersuchung und Behandlung der Kranken einreissen lassen, bei dem die Studirenden nur das ärztliche Handwerk, nicht aber die ärztliche Kunst und Wissenschaft lernen würden.

Der Lehrer an einer stationären Klinik befindet sich in der Lage, in seinen Vorträgen nach einem gewissen System vorzugehen, den Schüler methodisch fortschreiten zu lassen, auf einer regelmässigen und zweckmässigen Stufenleiter weiterzuführen, dem Zuhörer ein vollendetes Ganzes zu bieten, in schwierigen Fällen alle Mittel der Diagnostik, auch das einer vorherigen längeren Beobachtung des Kranken zu erschöpfen, seine Behauptungen jedem Augenblick durch Fälle, welche die verschiedenen Formen und Stadien einer Krankheit darbieten, zu belegen. Und wo der Schüler schwierige Operationen mit Umsicht und meisterhaftem Geschick, mit Ruhe in Beherrschung der Blutung und sonstigen dazwischentretenden übelen Zufällen verrichten sieht, da wird er die Leistungsfähigkeit seiner Kunst bewundern lernen, sich begeistern lassen von der Idee der unmittelbar lebenerhaltenden Wirkung der Chirurgie.

In ganz anderen, scheinbar kleineren Verhältnissen bewegt sich der poliklinische Unterricht. Sein Krankenmaterial erschöpft bei Weitem nicht das Ganze der chirurgischen Pathologie; es fehlen viele der schweren Fälle, die, weil die Kranken dabei nicht ambulant sind, sofort dem Krankenhause zufallen. Und doch sage man nicht, dass in einer Poliklinik nur „kleine Chirurgie“ getrieben werde. Oft genug sind die schweren Krankenhausfälle erst daraus hervorgegangen, dass Kranke oder die sie behandelnden Aerzte und Nichtärzte kleine Anfänge gering achteten. An den Verletzungen, Entzündungen, Neubildungen, wie sie frisch und im Beginne ihrer Entwicklung zur chirurgischen Poliklinik eher als zur Klinik kommen, mag den Schüler die zweckmässige Behandlung kennen lernen, durch welche er grössere Uebel abzuwenden vermag, sich die Treue in Erfüllung geringfügiger Dienstleistungen, Genauigkeit in kleinen Dingen anerziehen lassen, welche ihm für eine künftige praktische Ausübung der Chirurgie unentbehrlich ist. Der Polikliniker muss seine Hauptaufgabe darin suchen, die „kleinen“ Krankheiten klein und unschädlich bleiben, sich nicht erst zu schweren Fällen, die man interessant zu nennen pflegt, verschlimmern zu lassen.

Diesen Charakter der chirurgischen Poliklinik rein zu erhalten, ist schwer. Denn die ambulatorische Behandlung kann in ihren Er-

folgen nicht so sicher gewährleistet werden, da die Patienten frei herumgehen, manchen Schädlichkeiten mehr ausgesetzt sind als in der Klinik durch unpassende Lebensweise, durch mangelhafte Pflege im Hause, durch das Kommen und Gehen, in Hitze und Frost, durch Vernachlässigung der Ordination, durch Unregelmässigkeiten im Besuchen der Consultationen.

Andremale kommen die Krankheitsfälle erst spät, und in einem Zustande nach der Poliklinik, wo man sie entschieden bereits den schweren zuzählen muss, wo bereits die Erhaltung eines Gliedes oder seiner Function in Frage steht; welche eine schwierige und oft recht lange Behandlung erfordern, um sie zur Heilung zu führen; welche sich eine Zeit lang oder überhaupt gar nicht zu ambulatorischer Behandlung eignen. In manchen diesen Fällen muss der Arzt des Ambulatorium, so schwer es ihm auch ankommen mag, auf die Behandlung verzichten, und sie andern Händen, meist dem Krankenhause überlassen. Wo aber eine Behandlung im eigenen Hause einer Aufnahme in's Krankenhaus vorgezogen wurde, haben wir die Kranken unter Betheiligung der Praktikanten wohl auch im Hause besucht, und entwickelte sich hieraus ein ärztlicher Dienst in der Stadt und den Vorstadtdörfern, welcher zwar seinen Nutzen für die Studirenden haben mag, bei den jetzigen Entfernungen aber zu zeitraubend ist, um ihm eine grössere Ausdehnung zu wünschen.

Allgemeine Uebersicht über die in den Jahren 1877—1879 beobachteten Krankheitsfälle.

Distorsionen		348
Contusionen		471
darunter waren mit grösseren Blutextravasaten verbunden	66	
Subcutane Fracturen . .		226
a. frisch:		
Humerus . . . . (Ob. Ende 7, Schaft 8, Unt. Ende 4)	19	
Radius und Ulna . .	5	
Radius	41	
Ulna	8	
Olecranon	4	
Metacarpus	9	
Fingerphalanx	8	
Femur	14	
Tibia und Fibula . .	2	
Tibia (Malleolus 4.) .	6	
Fibula (Malleolus 3) .	5	
Metatarsus	4	
Clavicula	26	
Costa	30	
Scapula	1	
Os nasi	1	

b. inveterirt:		
Humerus	4	
Ulna und Radius	4	
Ulna	1	
Olecranon	2	
Radius	15	
Metacarpus	1	
Fingerphalanx	1	
Femur	2	
Patella	1	
Tibia	1	
Os ilei	1	
Sternum	1	
Clavicula	9	
Offene Fracturen		9
Ulna und Radius	2	
Ulna	1	
Olecranon	1	
Metacarpus	1	
Clavicula	4	
Pseudarthrosen		3
Humerus	1	
Femur	2	
Luxationen		17
a. frisch:		
Schultergelenk	9	
Ellbogengelenk	1	
Fingergelenk	1	
b. inveterirt:		
Schultergelenk	3	
Hüftgelenk	2	
Talus	1	
Frische Wunden der Haut und der Weichtheile		604
Hand und Finger	285	
Fuss und Zehen	56	
Kopf und Gesicht	33	
Hals	3	
Arm	113	
Bein	64	
Brust und Rücken	51	
Granulirende Wunden der Haut u. d. Weichtheile		30
Kopf und Gesicht	8	
Hals	1	
Obere Extremität	7	
Untere Extremität	14	

Fremdkörper durch die äussere Haut eingedrungen		74
Oberarm	5	
Unterarm	6	
Hand	48	
Oberschenkel	2	
Fuss	13	
Fremdkörper durch natürliche Oeffnungen eingedrungen		10
Nase	4	
Speiseröhre	4	
Mastdarm	1	
Auge	1	
Lymphangioitis		43
Obere Extremität	35	
Untere Extremität	8	
Erysipelas		41
Gesicht	11	
Andere Körperstellen	30	
Furunkel		287
Lupus		29
Nase	16	
Wange	7	
Ohrmuschel	3	
Lippengegend	2	
Oberarm	1	
Ulcera chronica		517
Hals	1	
Unterschenkel	487	
Fuss	29	
Andere Hautkrankheiten		496
Ekzem	248	
Herpes lab.	12	
Herpes zoster	12	
Sykosis	28	
Scabies	20	
Pityriasis versicolor	25	
Ekthyma	19	
Prurigo	5	
Akne	11	
Urticaria	9	
Pruritus	7	
Psoriasis	20	
Intertrigo	7	
Erythema	5	
Rhagaden (Hand und Fuss)	32	
Schwielenbildg. (Hand und Fuss)	30	
Sklerom der Hände	3	
Elephantiasis	3	

Panaritium		538
cutaneum	375	
periostale	163	
Paronychia		82
Unguis incarnatus		33
Phlegmone		356
Hand und Arm	270	
Fuss und Bein	86	
Abscess		448
Kopf	16	
Zahnfleisch (Parulis)	25	
Zunge	1	
Rumpf	126	
Obere Extremität	164	
Untere Extremität	110	
Perinaeum	4	
Scrotum	2	
Lymphdrüsenentzündung resp. Eiterung		237
Hals	71	
Achsel	40	
Inguinalgegend	87	
Obere Extremität	23	
Untere Extremität	16	
Fisteln (nach Abscessen und Lymphdrüseneiterung)		26
Hals	10	
Achsel	2	
Inguinalgegend	6	
Oberschenkel	1	
Kniekehle	1	
Wange	4	
Kinn	1	
Heighmor's Höhle	1	
Verbrennungen		54
Hand und Arm	34	
Fuss und Bein	18	
Brust und Rücken	2	
Erfrierungen		173
Hand	118	
Fuss	50	
Ohrmuschel	3	
Nase	2	

Tendovaginitis		207
Hand und Arm	147	
Fuss und Bein	60	
Ganglion		39
Hand	16	
Fuss	20	
Unterschenkel	3	
Seröse u. adhaesive Gelenkentzündungen		122
Schultergelenk	10	
Ellbogengelenk	23	
Handgelenk	37	
Metacarpolgelenk	1	
Kniegelenk	29	
Fussgelenk	22	
Chronische und fungöse Gelenkentzündungen. Gelenkeiterung		103
Ellbogengelenk	8	
Handgelenk	5	
Metacarpolgelenk	4	
Fingergelenk	2	
Hüftgelenk	38	
Kniegelenk	8	
Fussgelenk	6	
Rippengelenk	3	
Wirbelgelenk	29	
Gelenkmaus		6
im Kniegelenk	5	
Ellbogengelenk	1	
Schleimbeutelentzündg.		76
Bursa praepatellaris	56	
„ olecrani	13	
„ m. extens. femoris	1	
„ sub tend. Achillei	1	
„ m. semitendinos	2	
„ hallucis	2	
„ subscapularis	1	
Knorpelentzündung		7
Rippe	5	
Sternum	1	
Larynx	1	

Knochenhautentzündung		99
Gesichtsknochen	12	
Kopf	2	
Humerus	5	
Ulna und Radius	6	
Ulna	5	
Radius	6	
Fingerphalanx	3	
Femur	7	
Tibia	27	
Fibula	2	
Metatarsus	12	
Metacarpus	6	
Costa	1	
Sternum	3	
Crista ilii	1	
Os sacrum	1	
Ostitis		48
Gesichtsknochen	2	
Mandibula	1	
Proc. mastoideus	1	
Humerus	2	
Radius	1	
Fingerphalangen	8	
Femur	4	
Tibia	9	
Fibula	2	
Metatarsus	15	
Sternum	2	
Os ilei	1	
Nekrose		40
Kopf	4	
Gesicht	10	
Humerus	3	
Metacarpus	5	
Tibia	11	
Metatarsus	7	
Caries		13
Ulna	3	
Radius	5	
Metacarpus	2	
Tibia	1	
Fibula	1	
Metatarsus	1	
Exostosen		60
Harter Gaumen	1	
Hand	26	
Fuss	31	
Tibia	2	

Contrakturen. Ankylosen		49
Schultergelenk	7	
Ellbogengelenk	4	
Handgelenk	23	
Fingergelenk	7	
Kniegelenk	2	
Fussgelenk	6	
Kyphose		40
Skoliose		50
Kyphoscoliose		11
Hernien		485
Genu valgum		71
rechts	32	
links	20	
beiderseits	19	
Genu varum (beiderseits)		3
Pes valgus		76
rechts	17	
links	19	
beiderseits	23	
(mit Tarsalgra adolescentium 25)		
Pes varus		5
links	1	
beiderseits	4	
Pes varo equinus		12
rechts	5	
links	6	
beiderseits	1	
Pes equinus		6
rechts	3	
links	1	
beiderseits	2	
Pes calcaneus		2
rechts	1	
links	1	
Pes planus		29
rechts	14	
links	9	
beiderseits	6	

Congenitale Hüftgelenkluxation		13
rechts	6	
links	3	
beiderseits	4	
Curvatura tibiae		129
rechts	29	
links	31	
beiderseits	69	
Rhachitis		174
Labium leporinum		20
Varices cruris		36
Venenthrombose		6
Phlebitis-Periphlebitis		5
Epulis		15
Ranula		7
Atherom		47
Lipom		10
Carcinom		61
Mamma	20	
Lippe	23	
Zahnfleisch	1	
Wange	5	
Zunge	1	
Nase	3	
Stirn	1	
Ohrmuschel	1	
Arm (1 melanot.)	3	
Hals	1	
Femur (melanot.)	1	
Rectum	1	
Sarcom u. Lymphosarcom		10
Fibrom		7
Papillom		25
Verruca		49
Chondrom		10
Angiom		15
Teleangiectasie		25
Struma		51
Polypus nasi		14
Nicht genauer zu bezeichnende Geschwülste		22
Strictura oesophagi		8
Fistula recti		7
Periproctitis		13
Haemorrhoidalknoten		36
Prolapsus recti		5
Krankheiten des Urogenitalapparates u. Syphilis:		
Enuresis nocturna		6
Pollutiones nocturnae		1
Retentio urinae		1
Incontinentia urinae		6
Dysuria		5
Cystitis		10
Strictura urethrae		13
Fistula urethrae		4
Prostatahypertrophie		6
Prostatitis		3
Hypospadia		2
Cryptorchismus		3
Phimosis		17
Paraphimosis		12
Orchitis u. Epididymitis		52
Hydrocele		57
rechts	31	
links	20	
beiderseits	6	
Varicocele		11
rechts	8	
links	3	
Calculus vesicae		2
Balanitis		18
Gonorrhoea		167
Ulcus penis molle et durum		137

Condylomata acuminata		15
Bubo inguinalis post ulc.		33
Lues universalis		254
Verschiedenes		1414
Im Jahre 1879 beobachtete Zahnkrankheiten		2515
Affectionen d. Zähne:		
Anomalien der Zahl (Supernumeraris) .	6	
Anomalien d. Stellung (Deviatio u. Ektopie)	62	
Cories simplex	17	
Pulpaerkrankung. (Irritatio pulpae, Pulpitis, Ulceration, Gangrän, Hypertrophie)	1278	
Fractura dentis . . .	5	
Luxatio dentis	3	

Cristae acutae	7
Periostitis alveolo-dentalis	752
Nekrosis dentium (meist Milchzähne) .	180
Affectionen der Alveolarfortsätze:	
Periostitis, Abscessus (Parulis), Fistula gingiv.	93
Ostitis und partielle Nekrose	12
Atrophia (Defluvium dentium)	25
Affectionen d. Kiefer:	
Periostitis (meist chronisch)	8
Fistula buccalis und Abscess	18
Affectionen d. Zahnfleisches:	
Dentitio difficilis . . .	18
Gingivitis u. Odontolithiasis	12
Neuralgien	19

Diese Uebersicht der Zahnkrankheiten übersteigt die oben angeführte Zahl der Zahnpatienten (2438), da eine Anzahl von Kranken mehrere Zähne mit verschiedenen Krankheiten zu gleicher Zeit in Behandlung brachten.

Man erkennt aus dieser Uebersicht den Reichthum und die Mannichfaltigkeit des Krankenmateriales, in welchem den Studirenden vollauf Gelegenheit geboten ist, sich im täglichen Umgange mit den Kranken nicht als Beobachtungsobjecten allein sondern auch als kranken Menschen zu üben, sich an der Untersuchung und Behandlung selbstthätig zu betheiligen.

Die Untersuchung eines neu hinzukommenden chirurgischen Krankheitsfalles, welcher auch dem Lehrer noch fremd ist, kann in der Regel dem Praktikanten nicht allein überlassen werden. Nicht nur, dass er dem Lehrer erst absehen soll, wie eine manuelle Untersuchung eines Knochenbruchs, eines entzündeten Körpertheiles, einer Geschwulst auszuführen ist, wie die Beantwortung jeder Frage nach veränderter Form, Consistenz, Beweglichkeit einen besonderen Griff erfordert; er soll überhaupt erst lernen, wie mit einem bis dahin unbekannten Kranken vor-

gegangen wird, wie man ihn entkleidet, zum Zweck der Untersuchung lagert, mit welcher Schonung bei allen diesen Vorbereitungen zu verfahren ist, um nicht dem Kranken zu schaden oder doch unnöthiges Leid zuzufügen. Namentlich auf letzteren Umstand habe ich jederzeit Werth gelegt, weil der Praktikant gar leicht vergisst, dass die zur Untersuchung kommenden Krankheitsfälle nicht lediglich Lehrmaterial sind. Hieraus ergiebt sich bereits die Nothwendigkeit, dass in einer chirurgischen Poliklinik alle neuen Kranken vor der Corona untersucht werden, aber auch der Vortheil, dass diese Untersuchung, wo nicht dem Kranken Schaden dadurch zugefügt wird, Vielen zugänglich gemacht werden kann. Und wiederum habe ich wo irgend möglich darauf geachtet, dass sich nicht Solche unter den Zuhörern befinden, die nur von Weitem zusehen oder sich am Hören genügen lassen, sondern dass sie Alle was sich irgend sehen und fühlen lässt, auch selbst sehen und fühlen.

Wo freilich viele Novitäten (am Tage durchschnittlich 10) in verhältnissmässig kurzer Zeit zu erledigen sind, da hat der Lehrer die Aufgabe, zur Vermeidung von Umschweifen und Abwegen auf die Hauptfragen hinzuleiten, und auf Erhebung einer genauen Anamnese, so wie auf die oft endlosen Klagen der Kranken erst dann einzugehen, wo die Dauer und der bisherige Verlauf des Uebels als für die Beurtheilung des Falles wichtig zu werden verspricht, oder das Leiden vorzugsweise in functionellen Störungen ohne nachweisbare anatomische Abweichungen beruht. Immer aber wurde die allgemeine Körperbeschaffenheit und deren Beziehung zum localen Uebel, mochte sie Ursache oder Folge davon, mochte ihre krankhafte Veränderung bereits sichtbar oder nur zu erwarten sein, ins Auge gefasst, und dadurch einem Fehler aus dem Wege gegangen, welcher einer Ueberzahl heutiger Specialisten zur Last fällt, die das Localleiden abgesondert von der Körperconstitution zum Gegenstand ärztlicher Behandlung machen.

So hat sich bei uns nach und nach die Praxis ausgebildet, die physikalische Untersuchung jeder andern vorausgehen zu lassen.

Insofern nun jedes Erkennen eines abnormen Verhaltens auf der Kenntniss der Norm eines Theiles fusst, so musste immer und immerwieder auf die topographischen Verhältnisse am Gesunden zurückgegriffen werden, weil nur bei fortgesetzter Uebung sich nach und nach ein Normalbild des Körpers in seinen einzelnen Gegenden, im Habitus

eines Gliedes, in den den aneinandergelagerten Organen anhaftenden physikalischen Eigenschaften so fest einprägt, dass man beim Herantreten an einen Kranken mit erhöhter Leichtigkeit jedwede Form- und anderweite Abweichung gewahr wird. Es wurden also die Untersuchungen am Kranken zuvörderst dazu benutzt, den Schüler ganz bestimmte Methoden zu lehren, nach denen er sich in einer Körpergegend orientiren könne, wonach er beurtheile, ob die gegenseitige Lage der die Schulter oder den Ellbogen zusammensetzenden Theile gesunden Verhältnissen entspreche, wodurch er mit Sicherheit eine Arterie oder einen Nerven am Lebenden aufsuchen könne. Es genügt dem Arzte nicht, ein ungefähres Bild von einer Oberarmluxation zu haben; nicht zu wissen, dass zur Diagnose einer Luxation der Nachweis gehöre, erstens: dass der Kopf an seiner normalen Stelle fehle, zweitens: dass er an einer andern, und an welcher Stelle er stehe; nicht zu wissen, dass wenn der Oberarmkopf nach vorn verrenkt sei, die Schulter ihre Wölbung verloren habe, das Acromion scharfkantig hervorspringe, die Längsachse des Oberarmes unterhalb der Gelenkgegend vorbei nach innen gegen den process. coracoïd. gerichtet sei, der Kopf näher der Achselhöhle oder mehr nach vorn in der Mohrenheimschen Grube gefühlt werde, — wenn er es nicht gelernt hat, vom Schlüsselbein oder von der crista scapulae zum Acromion und von da zum tuberculum majus zu gelangen, den process. coracoïd. am innern vorderen Rande des deltoïdeus aufzusuchen, den Oberarmkopf in der Achselhöhle zu fühlen. Eine Bekanntschaft mit der Körperoberfläche ähnlich derjenigen, welche man in seiner Heimath besitzt, wo man unbewusst den rechten Weg nach dem gewohnten Ziele zurücklegt, wird trotz langer und eifriger Uebung kaum erlangt. Dieselbe Gegend gleicht oft an dem einen Individuum dem Gebirgslande, wo schroffe Abhänge mit tiefen Einschnitten wechseln; am andern der Hügellandschaft, wo wellenartige Erhebungen nach seichten Thalmulden sich sanft abdachen, und am dritten einer Strecke, wo der hochgefallene Schnee jede Unebenheit bedeckt, und jeden Markstein unkenntlich macht. Ja an demselben Menschen kann eine Region eben noch jede nur wünschenswerthe Klarheit und Uebersichtlichkeit bieten, und in der nächsten Stunde schon lässt sich aller Anhalt und Deutlichkeit schmerzlich vermissen.

Allerdings kann bei Exploration paariger Theile die Vergleichung der kranken mit der gesunden Seite zu Hülfe kommen. Man möge

sich aber ja nicht zu sicher auf diese Aushülfe verlassen; sie ist eben nur eine Aushülfe. Und hat sich Jemand nicht immer und immer wieder mit der Untersuchung des gesunden Menschen beschäftigt, so wird er bei jener Vergleichung wohl den Unterschied, welchen der kranke Theil dem gesunden gegenüber zeigt, wahrnehmen, vielleicht aber nicht ein Mal am gesunden sich zu orientiren vermögen, wie viel weniger am kranken. Zudem zeigen die gleichnamigen Gegenden beider Seiten in der Norm schon in mancher Beziehung wesentliche Verschiedenheiten, welche nicht immer leicht in Rechnung zu bringen sind; oder es war die eine Seite schon früher krankhaft verändert, so dass sie zur Vergleichung nicht verwendbar ist (ich erinnere hierbei an einen Fall von Bruch des rechten Schenkelhalses bei bestehender veralteter Verrenkung des linken Oberschenkels); oder es bieten beide Seiten die gleiche pathologische Veränderung, z. B. bei doppelseitiger congenitaler Hüftgelenkluxation.

Um sagen zu können, dass man ein Bild von den äussern Körperformen innehabe, gehört es auch, den aus veränderten Stellungen sich ergebenden Modificationen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die sichtbaren sowohl als die fühlbaren Merkmale wechseln mit jeder Lageveränderung. Man erinnere sich beispielsweise des Ansehens der vorderen Kniegegend. Während beim gestreckten Knie der durch die Kniescheibe gebildete Vorsprung sich nach oben durch die Sehnen der anhaftenden Muskeln, und nach unten durch das Kniescheibenband und die seitlichen Fettpolster um das dreifache verlängert, wird das Bild bei eintretender Beugung ein vollständig anderes. Dem oberen Rande der Kniescheibe schliesst sich unmittelbar die wenig gewölbte Vorderfläche des Oberschenkels an; das Kniescheibenband erscheint als schmale Brücke von ihrem untern Winkel zum Schienbeinhöcker; die hiervon seitlichen Fettpolster sind nach der Tiefe verschwunden, und zwei tiefe Gruben an ihre Stelle getreten. Während beim gestreckten Knie eine Seitwärtsbewegung absolut unmöglich, so ist sie in der Beugung als Achsendrehung sowohl wie als Ab- und Anziehung in beträchtlichem Umfange gestattet. Während am gestreckten Knie die Gelenkspalte zwischen Schienbein und Oberschenkelknochen nur mühsam durch Verfolgung der Gelenkknorren des Schienbeines nach aufwärts zu entdecken ist, erweitert sie sich und wird schon für das Gesicht kenntlich bei fortschreitender Beugung im Knie.

Man würde sehr irren, wenn man die durch veränderte Stellung

gegebenen Formen aus der Phantasie construiren zu können glaubte. Vielmehr giebt es Modificationen der Gestaltung welche beim ersten Anschauen aufs Aeusserste überraschen. Ich gedenke hierbei nur der bei der Drehung des Vorderarms eintretenden Formveränderungen, wobei es nicht allein dem Anfänger begegnet, dass er die Fortsetzung des Radius in den musculus supinator longus verlegt.

Ein genaueres Eingehen auf diese Verhältnisse giebt übrigens für die Aufsuchung gewisser Punkte wesentliche Erleichterungen an die Hand. So schwer die Umrisse des grossen Rollhügels an gestrecktem Oberschenkel zu fixiren sind, so leicht fällt es am gebeugten; und wenn das Köpfchen der Armspeiche schwierig aufzusuchen ist, so lange es während der Streckung unter dem überliegenden Muskelbauche sich verbirgt, so springt es am gebeugten Vorderarm sofort in die Augen. Die Fühlbarkeit des Oberarmkopfes in der Achselhöhle, welche bei angezogenem Oberarm fast mangelt, und nur mit dem Grade der Abziehung zunimmt, ist vielfach in einer Weise verkannt worden, dass daraus die gröbsten Irrthümer in der Erkenntniss der Oberarmverrenkungen geflossen sind.

Die Beobachtung des Bewegungsactes ist ein Weiteres, was einer chirurgischen Diagnostik zum Grunde liegen muss. So mancher wird sich nicht verhehlen können, dass er bisher den Bewegungen des Schulterblattes oder des Kehlkopfes beim Schlingen oder der Rippen und Zwischenrippenräume beim Athmen nicht mit der gebührenden Aufmerksamkeit gefolgt ist; und doch sind diese Verhältnisse für die Erkennung der Serratuslähmung, der Geschwülste in der vorderen Halsgegend u. s. f. von grösster Wichtigkeit.

An jedem Körpertheile soll sich die Untersuchung nun auch von der Oberfläche nach der Tiefe erstrecken. Gegenstände dieser Untersuchung sind: die Haut, welche an den Beugeseiten Einschnitte, Furchen, Höhlungen, an den Streckseiten lockere Wülste zeigt, welche sich im Momente der Beugung gespannt an ihre Unterlage anschmiegen. Dort ist die Haut durch kurze, senkrechte Fasern gegen die Fascien fixirt, weniger leicht in Falten abhebbar, daher auch Entzündungsproducte unter ihr grösseren Druck erleiden; hier ist sie ihrer lockeren Anheftung und dünnen Beschaffenheit wegen leicht aufzuheben, und gewährt flüssigen Exsudaten reichlichen Raum, sich auszubreiten, und setzt der Ausbreitung flüssiger Exsudate keinen Widerstand entgegen; — das Unterhautzellgewebe, welches an bestimmten Stellen (Beuge-

furchen, Augenlider) mager bleibt, auch wenn es an allen übrigen Stellen fettreich ist, dessen zusammenhängende Ausbreitung nur an den „fixen Hautstellen“ eine Unterbrechung erleidet (Grube zwischen Warzenfortsatz und aufsteigenden Kieferast, Acromion, Mittellinie des Brustbeins, mittlere Bauchlinie bis zum Nabel, in geringem Grade Darmbeinknorren, Schenkelbrüche, linea semicircularis des Hinterhauptes, Dornfortsatz des 7. Halswirbels, Nasenrücken); — drüsige Organe unter der Haut, mit ihrer charakteristischen Verschiebbarkeit, welche sie durch entzündliche Infiltration, durch Narben nach Abscessen, durch Uebergreifen maligner Neubildungen verlieren; — Muskeln; welche sich durch Einschnitte in einzelne Gruppen sondern; deren fasciöse Abgrenzungen durch Blutergüsse, myositische Abscesse schwer überschritten werden; welche sich in querer Richtung verschieben lassen, nicht aber in der Richtung ihrer Längsachse; welche gleich den Schleimscheiden der Sehnen quer zu ihrer Längsachse, nie aber in ihrer Längsrichtung eine Art Fluctuationsgefühl zeigen. Hat man also über oder unter einem Muskelbauche von rechts nach links ebenso wie von oben nach abwärts Fluctuation, so bedeutet dies eine Flüssigkeitsansammlung in seiner Scheide. Am deutlichsten ist diese Pseudofluctuation am Extens. brev. digit. pedis, am tibialis anticus, am tensor fasciae latae; — die Synovialsäcke, deren Abgrenzung und Fühlbarkeit an ihren Umschlagstellen am gesunden Menschen Sache grösserer Uebung, bei krankhafter Erfüllung ihrer Höhle aber leicht in die Augen springen; — die Knochen endlich, deren Periostüberzug das einzige subcutane Organ ist, welches um den ganzen Umfang eines Gliedes keine Unterbrechung erleidet: daher die spindelförmige Gestalt subperiostaler Blutergüsse, circuläre Verdickung des Knochens bei Periostitis u. s. f.

In demselben Sinne, in welchem als Vorbereitung auf die innere Klinik die Percussion und Auscultation zu dem doppelten Zwecke geübt wird, ein Mal um die physikalischen Erscheinungen am gesunden wie am kranken Thorax und Abdomen, anderns um die Manipulationen kennen zu lernen, welche die Wahrnehmung jener Erscheinungen vermitteln; — in gleichem Sinne bedarf der Chirurg einer Vorkenntniss einer anderen Reihe von Erscheinungen am menschlichen Körper und deren Erkenntnissmittel, ehe er an's Krankenbett tritt. Ist es dort das Gehör, welches geschärft, und auf die Wahrnehmung gewisser Schallunterschiede, Geräusche, Töne eingeübt wird, so ist es hier vor-

zugsweise das Gesicht und Gefühl, welches eine besondere Ausbildung erfährt. Und diese Uebung der gedachten Sinne möge man doch ja nicht zu gering anschlagen. Jeder Laie in unserer Kunst weiss den verschiedenen Werth zweier Aerzte zu würdigen, von denen der eine blind und planlos herumtappt, und indem er tastet, nicht weiss was er fühlt und wonach er sucht; während der andere systematisch die in der fraglichen Körpergegend nebeneinanderliegenden Organe besieht und befühlt, und das gewonnene Untersuchungsergebniss mit dem normalen Bilde vergleicht, welches ihm von diesem Körpertheile im Geiste vorschwebt; — von denen der eine mit dem ihm eigenen „praktischen Blicke“ mitleidig auf diejenigen seiner Collegen herabsieht, welche sich mit dem „ganzen Apparate einer diagnostischen Technik“ umgeben, der andere aber auch nicht das kleinste Symptom missachtet, welches er durch seine Sinne erfassen, und den übrigen Materialien zur Erkenntniss der Krankheit hinzugesellen kann.

Das Auge, wenn es auch seiner Natur nach sich nur mit der Oberfläche beschäftigt, ist doch mehr als ein anderer Sinn vermögend, uns einen ganzen Complex von Vorstellungen zugleich darzubieten, deren Deutung und Erkenntniss ihrer gegenseitigen Beziehungen Aufgabe des Verstandes, deren Wahrnehmung aber Sache sorgfältiger Uebung und Gewöhnung ist. Um die Veränderungen an der Form, dem Umfange, der Lage, Färbung, des Durchscheinens und der Durchsichtigkeit mit genügender Genauigkeit aufzufassen, bedarf es ausser der Uebung des Auges der Einhaltung einer gewissen Ordnung und Reihenfolge, einer gewissen Methode des Sehens. Und wo das Gesicht zur Ermittelung gewisser Grössenverhältnisse nicht ausreicht, tritt die Messung unterstützend hinzu.

Ein Gleiches gilt von dem Gefühl, dem eigentlich chirurgischen Sinne. Je zahlreicher und sicherer die Zeichen sein können, welche uns der Tastsinn in Betreff der Gestalt, Grösse, Lage, Consistenz, Beweglichkeit, Reibung, Temperatur zuzuführen vermag, desto sorgsamer muss auch die tastende Hand geschult und durch Vorübung am gesunden Körper für die Verwendung am kranken befähigt werden.

Ich fürchte nicht, dass es dem Charakter einer Erinnerungsschrift zuwiderläuft, wenn ich anknüpfend an diese allgemeinen Bemerkungen einiger diagnostisshen Einzelheiten gedenke, welche sich aus wiederholter Beobachtung an unsern Kranken ergaben, und in Folge dessen Gegen-

stand gemeinsamer Besprechungen wurden. Zwar wird das Vorgebrachte kaum Jemand den Eindruck des Neuen machen; und doch ist es nach den gemachten Erfahrungen Vielen nicht geläufig genug, um in der Praxis Verwendung zu finden.

Bei der Erkrankung der Unterextremitäten, welche mit Längenverschiedenheiten derselben verbunden waren, wurde häufig dieses eine Symptom zum Ausgangspunkt der diagnostischen Betrachtung genommen. Bei ungleicher Höhe der Knöchel ging man gradatim nach aufwärts in der Vergleichung der Höhe des oberen Patellarrandes, der Trochanteren, der spinae anter. super. des Darmbeines. Je nach dem Sitze der Ursache der Verkürzung ergaben sich nebenstehende schematische Figuren, bei deren Uebertragung auf den vorliegenden Fall es sich zuletzt um höchstens zwei krankhafte Zustände handeln konnte, zwischen denen die Wahl blieb.

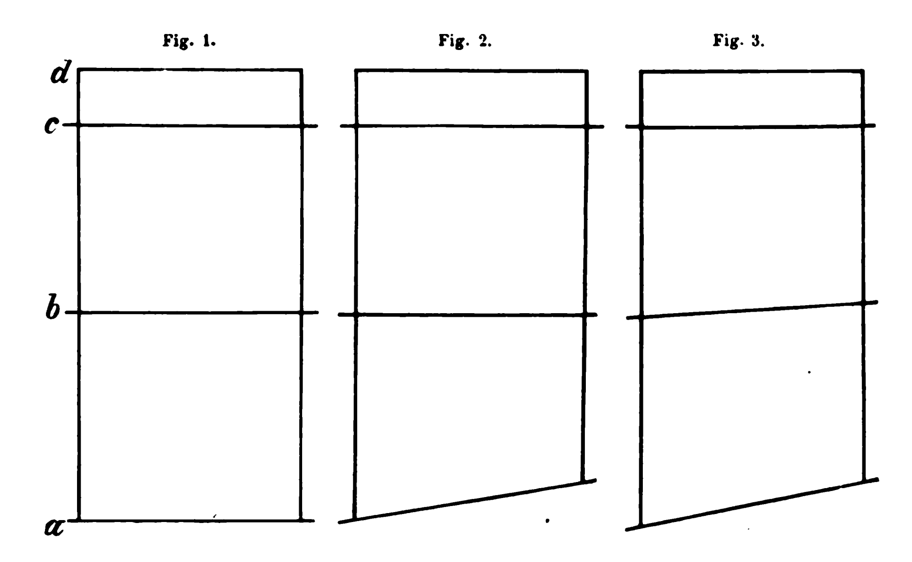


Fig. 1 stellt das normale Verhältniss dar, wo *a* Knöchel-, *b* Patellar-, *c* Trochanteren- und *d* Darmbeinkamm-Linie sämmtlich rechtwinklig zur Längsachse des Körpers stehen, dabei aber auch die Trochanterenlinie in normaler Entfernung abwärts der Spina-Linie sich befindet.

Ist wie in Fig. 2 die Knöchellinie von rechts nach links aufsteigend, die übrigen Linien aber horizontal, so kann es sich nur um Ver-

kürzung des einen Unterschenkels, gehindertes Wachsthum bei Obliteration des einen Epiphysenknorpels oder Fractur (frische oder alte) mit dislocatio ad longitudinem handeln, es müsste denn, was gewiss zu den grössten Seltenheiten gehört, der andere längere Unterschenkel in Folge eines Reizzustandes in einer Epiphysenlinie schneller gewachsen sein.

Fig. 3 zeigt eine schräge Knöchellinie und eine weniger schräge Kniescheibenlinie bei horizontaler Trochanteren- und Spina-Linie, in Folge gehemmten Wachsthums des atrophischen Beines z. B. bei essentieller Kinderlähmung.

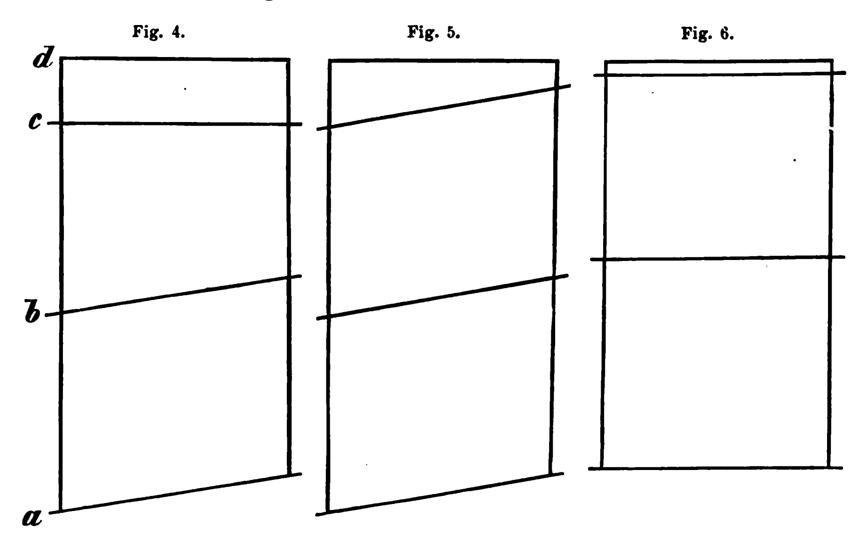


Fig. 4 mit gleichschräger Knöchel- und Patellar-Linie bei horizontaler Trochanteren- und Spina-Linie führt auf eine Verkürzung des Oberschenkelschaftes in Folge von frischer oder verkürzt geheilter Fraktur, allenfalls auf gehemmtes Längswachsthum des Oberschenkels in Folge von Ostitis im jugendlichen Alter.

In Fig. 5 sind sämmtliche Linien *a—c* gleich schräg, nur die Spina-Linie *d* horizontal: Fraktur oder Pseudarthrose im Schenkelhalse oder einseitige congenitale Luxation des Oberschenkels.

Fig. 6 zeigt sämmtliche Linien horizontal, die Trochanteren-Linie aber der Spina-Linie auffallend genähert, sogar höher als diese: doppelseitige congenitale Hüftgelenksluxation.

Bis hierher sind die Verkürzungen wirkliche, wahre Verkürzungen. Die nunmehr folgenden zum Theil oder ganz scheinbar.

Fig. 7 zeigt die Linien *a—c* gleich schräg, die Spina-Linie minder schräg: wie bei traumatischer Luxation des Schenkelkopfes auf die Darmbeinschaufel oder bei „Wanderung des Kopfes und der Pfanne" in Folge von Ulceration beider.

Fig. 8 präsentirt sämmtliche Linien *a—d* schräg und einander parallel, d. i. scheinbare Verkürzung in Folge adducirter Stellung des kranken Beines und compensirende Hebung der kranken Beckenseite.

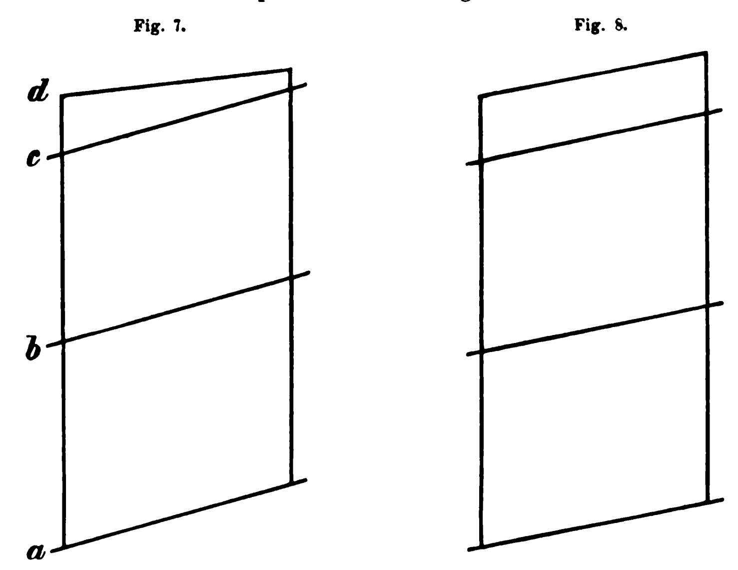


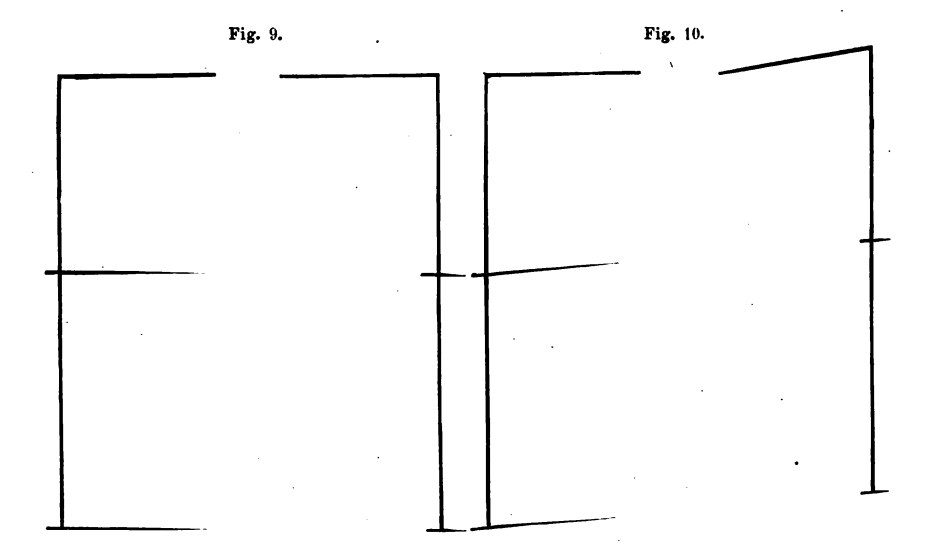
Fig. 7. Fig. 8.

An Stelle der Construction der Roser-Nélaton'schen Linie (vom Darmbeinstachel über die Trochanterengegend hinweg nach dem Sitzknorren) und Vergleichung der Höhe des Trochanters mit dieser Linie (im gesunden Zustande soll der Trochanter in diese Linie fallen, bez. bei Adduction des Schenkels um ein Geringes unter, bei Abduction um ein Geringes über sie fallen) trat bei uns die Construction der Trochanteren-Linie durch Anlegen eines Bandmaasses von einem Trochanter zum andern in der Rückenlage des Kranken. Bei gleicher Veränderung in beiden Hüftgelenken (z. B. bei luxat cox. congen.) ist die Roser-Nélaton'sche Methode immer nicht zu entbehren.

Umgekehrt gestalten sich die Verhältnisse und Betrachtungen, wenn das rechte längere Bein das kranke ist. Hier kann es sich nach Figur 7 um eine Luxation des Schenkelkopfes in das foramen obturatorium oder nach Figur 8 um scheinbare Verlängerung bei abducirtem Oberschenkel und compensirender Beckensenkung handeln.

Analog der Schiefstellung des Beckens mit scheinbarer Verkürzung oder Verlängerung der einen Extremität findet sich das gleiche Verhältniss bei Schultergelenkentzündung, wo in Folge von pathologischem Adductionswinkel die der kranken Seite zugehörige Schultergürtelhälfte steigt, bei pathologischem Abductionswinkel aber sich senkt. Die Längsdifferenz der beiden Oberextremitäten ist nicht so auffällig wie bei den Unterextremitäten, weil dort die beiden Schultergürtelhälften von einander unabhängig beweglich sind, während beim Becken mit dem Steigen der einen Hälfte die andre um das Gleiche sich senken muss (s. Fig. 9 normales Verhalten und Fig. 10 pathologische

Fig. 9. Fig. 10.



Differenz der beiden Schultergürtelhälften). — Uebrigens ist beim Bein wie beim Arme die pathologische Adduction oder Abduction das Primäre, die Verschiebung des Beckens bez. Schultergürtels das Compensirende.

Für die Unterscheidung der verschiedenen krankhaften Zustände, welche eine Kyphose der Wirbelsäule bedingen, ist es abgesehen von der Form der Krümmung (Curvatur oder winklige Ausbiegung) von Nutzen, den Zustand der Wirbelsäule beim Sitzen zu vergleichen mit dem beim Aufheben des Kindes unter der Achsel oder bei der Bauchlage. Die aus Muskelschwäche und Ermüdung oder aus beginnender

Rhachitis hervorgehenden Rückverbiegungen verschwinden, wenn man das Kind auf den Bauch legt, oder an den Achseln aufhebt, die Kyphose bei fungöser Wirbelentzündung gleicht sich durch beides nicht aus; auch im Verlaufe der Rhachitis, wo der Process im Erlöschen ist, kann eine starre Rückverbiegung bleiben, welche sich nur bei langer Bauchlage ausgleicht.

Eine bestehende Steifigkeit, verminderte Beweglichkeit im Hüftgelenk wird am besten dadurch wahrgenommen, dass man bei Rückenlage des Patienten eine Hand in die Lendenwirbelaushöhlung legt, und beobachtet, dass bei Flexion des kranken Oberschenkels durch die andre Hand die lordotische Lendenwirbelsäule sich nach hinten ausbiegt, und je nach dem Grade der Steifheit das Becken gleich im Beginn der versuchten Flexion oder nach kurzer Beugungsexcursion den Bewegungen des Beines folgt. Es sind mir bei Nichtbeobachtung dieses Verfahrens öfters Fälle vorgekommen, wo die Bewegung in den Lendenwirbeln für Bewegung in dem Hüftgelenke gehalten wurde.

Grösse, Ausbreitungsart und Sitz eines Blutergusses sind zuweilen gleichwerthig mit den directen Zeichen einer Fractur. Grosse, schnell entstehende Blutergüsse lassen a priori eine Fractur vermuthen, und sprechen wo ein Zweifel obwalten kann, ob beispielsweise Fractur des Schulterblatthalses oder Luxation des Oberarms vorliege, für Fractur.

Wo bei grossem Bluterguss eine Fractur nicht aufgefunden wird, soll der Fall entsprechend einer Fractur behandelt werden.

Ein Bluterguss, welcher spindelförmig einen Knochen umgiebt, zwingt auch bei Abwesenheit anderer Bruchzeichen zur Annahme eines Knochenbruches, z. B. bei Schlüsselbein- oder Oberschenkel-Brüchen der Kinder. Gleichzeitiges Erscheinen des Blutergusses in der Hohlhand und am Handrücken, in der Plantaraushöhlung und am Fussrücken spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für Fractur des Metacarpus oder Metatarsus.

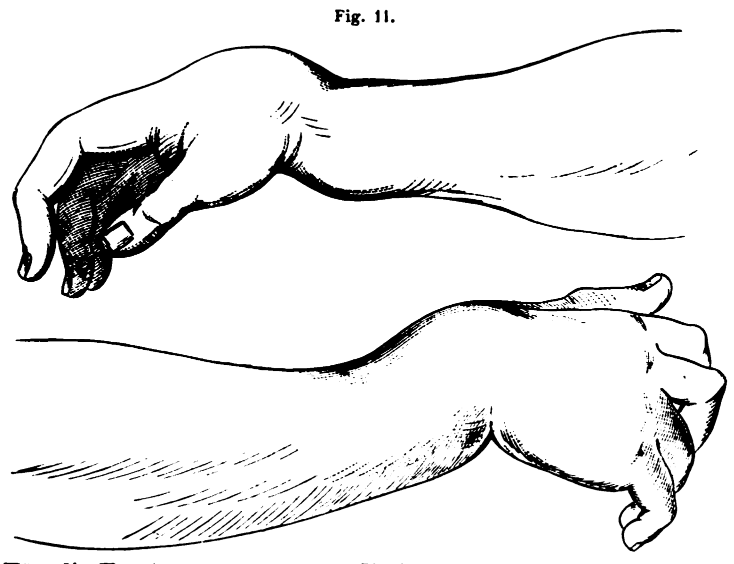
Das Auftreten eines Blutergusses entfernt von der Stelle der Gewalteinwirkung (z. B. in der Claviculargegend bei Fall auf die Hand) ist nicht gut anders denkbar, als dadurch, dass der Stoss durch den Arm sich auf das Schlüsselbein fortsetzte und dieses zum Brechen brachte.

Ausbreitung des Blutergusses längs der Flexoren am Vorderarme führt zur Annahme eines Bruches am Condyl. intern. humeri; längs der Extensoren zur Annahme eines Bruches des Condyl. extern. humeri, längs der hinteren Kante der Ulna ohne Verbreitung in die Muskeln zur Annahme einer Fractur des Olecranon.

Bei gleichzeitigem Bluterguss in der Synovialhöhle des Knie- oder Ellbogengelenkes und in Haut und Zellgewebe um das bez. Gelenk wird man in der Regel eine Fractur der Patella oder des Olecranon antreffen.

Die Transparenz von Geschwülsten ist kein pathognomonisches Zeichen für einen flüssigen Inhalt derselben. Bei Hydrocele kann sie fehlen, wenn die Sackwand verdickt oder die Flüssigkeit durch fremde Beimischungen getrübt ist. Darmbrüche kleiner Kinder sind gleichfalls transparent, was wir sowohl an Hodensack- als auch an Nabelbrüchen erprobt haben. Eine hühnereigrosse Geschwulst am Halse, welche der exquisiten Transparenz halber für eine Cyste gehalten wurde, ergab sich bei der Operation als Lipom. Eine sehr gute Abhandlung über Transparenz, zum Theil auf Grund der in der Poliklinik gemachten Beobachtungen, hat Dr. KAULFERS in Chemnitz geschrieben.

Fig. 11.

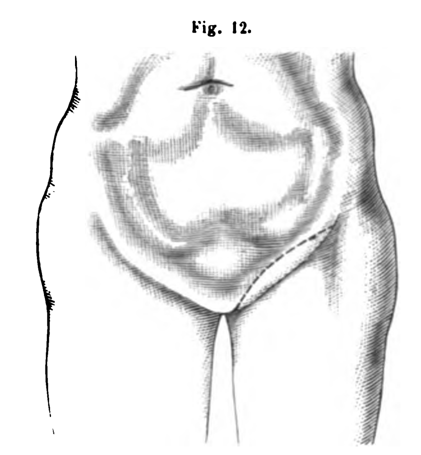


Für die Fracturen am unteren Ende des Radius, welche gar häufig vorkommen, und entweder für eine Luxation der Hand nach der Rücken-

fläche — sehr selten — oder für eine blosse Verstauchung gehalten werden, dient als diagnostisches Merkmal hauptsächlich die Aufsuchung des processus styloïdeus radii, welcher mit der Hand nach rückwärts gewichen ist. Beide Bruchstücke bilden einen nach der Dorsalseite offenen Winkel, wie es in Fig. 11 angedeutet ist, oder sind ad latus verschoben.

Wenn Abscesse von der Wirbelsäule herabsteigen und in das Gebiet des Psoas oder Iliacus gerathen, so machen sie sich sehr zeitig schon dadurch kenntlich, dass sie die Gegend oberhalb und einwärts von der spina anter. infer. ausfüllen. Während man am Gesunden oberhalb des Darmbeinkammes und in der Richtung nach dem Innern der Darmbeinschaufel eine Aushöhlung fühlt, so findet man auf der kranken Seite in der Darmbein-Aushöhlung eine Resistenz, welche nach auf- und einwärts eine convexe Begrenzung hat.

Fig. 12.



Fügen wir diesen diagnostischen Aphorismen noch einige pathologische hinzu, so mag diess auf Grund der grossen Zahl geschehen, in welcher einige Krankheiten zur Beobachtung kamen.

Es besteht neuerdings eine Neigung dafür, das Panaritium als eine durch ein Trauma (Nadelstich, Quetschung, Excoriation der Haut) entstandene, sich beliebig diffundirende, bald bis auf den Knochen reichende und ihn zerstörende, bald in die Sehnenscheide eindringende Phlegmone anzusehen. Was ich von Panaritien gesehen habe, widerspricht geradezu dieser Auffassung. Die verschiedenen, unter Panaritium verstandenen Fingerentzündungen sind nicht nur primär sondern durch ihre ganze Dauer an bestimmte Gebilde gebunden und gehen selten aus einem Gebiet in das andere über. Auch sind sie nicht nur im Anfange, sondern bis die Necrose des Knochens oder der Sehne

oder eines Zellgewebspfropfes den Process abschliesst, von einander zu unterscheiden. Gemeinsam ist ihnen eben nur die Tendenz zur Necrosirung des von ihnen betroffenen Theiles.

Phlegmonen der Haut und des Unterhautzellgewebes überschreiten wohl oftmals die durch die Fingergelenke gegebenen Abgrenzungen, reichen aber selten um den ganzen Umfang eines Fingers, sondern verhalten sich mehr in den lateralen Regionen. Sie gelangt zeitig zur Erweichung und spontanen Eröffnung und endet mit Ausstossung eines eiterinfiltrirten Zellgewebspfropfes.

Das Panaritium tendinosum, eitrige Tendovaginitis, macht an der Volarseite eines Fingers, von der Basis der Endphalanx beginnend, die Spitze derselben aber nie erreichend, eine Anschwellung, welche sich nach aufwärts in die Hohlhand fortsetzt; und zwar entsprechend dem Daumen, Zeigefinger und fünften Finger bis zur Handwurzel und darüber, da die Sehnenscheiden dieser drei Finger sich unter dem ligam. carpi volare proprium hinweg bis zum Vorderarm erstrecken, während die Sehnenscheiden des dritten und vierten Fingers bereits in Mitten der Hohlhand blind endet und auch eine Eiterung nicht bis zur Handwurzel fortschreitet. Eine Spontanperforation erfolgt meist erst am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche, doch erheben sich im Verlaufe des Fingers und auf dem Wege durch die Hohlhand früher schon zwei bis drei durch bekannte Gelenkfurchen getrennte Anschwellungen, welche deutliche Zeichen des Abscesses an sich tragen und bei Druck ihren Inhalt durch die an der Basis der Endphalanx zuerst entstehende Oeffnung entleeren.

Das Panaritium osseum, Ostitis der Endphalanx, endlich beschränkt sich lediglich auf das Endglied, hebt mit einer circulären, bis an die Fingerspitze reichende und um wenige Linien nur das Interphalangalgelenke überschreitende Anschwellung an, zeigt eine beträchtliche Spannung und verursacht der kurzen Anhaftung der Haut wegen die heftigsten Schmerzen, gelangt in der Regel nicht vor Ende der zweiten Woche und zwar zuerst an der Spitze und später an einem Nagelrande zur Spontaneröffnung, und endet sich selbst überlassen mit Nekrose der Phalanx ohne jemals eine eitrige Tendovaginitis zur Folge zu haben.

Jetziger Zeit, wo man bei auftauchender Entzündung frühzeitig und unter strenger Antisepsis durch Incisionen der Nekrose des Knochens oder der Sehne zuvorzukommen bemüht ist, hat man seltener Gelegenheit, die geschilderten Verläufe vom Anfange bis zu Ende zu

verfolgen; die häufige Beobachtung solcher Fälle, welche sich erst spät und namentlich nach erfolgter Spontaneröffnung zur Behandlung melden, begründen die Richtigkeit der oben gegebenen Schilderung.

Die rhachitischen Verkrümmungen der Unterextremitäten sind Gegenstand eingehenden Studiums geworden — deren Resultate nächstens in der Abhandlung eines früheren fleissigen Besuchers der Poliklinik veröffentlicht werden sollen. Es richtete sich dabei unsere Aufmerksamkeit besonders darauf, dass mit der Krümmung der Knochen gleichzeitig auch eine Drehung derselben, und zwar bei Auswärtskrümmung eine Torsion nach einwärts und bei Einwärtskrümmung eine Torsion nach auswärts verbunden ist. Dementsprechend richtete sich die Behandlung auch nicht lediglich gegen die Curvatur, sondern auch gegen die Achsendrehung, und wurde dieselbe ausgeübt mittels einer besonders construirten Maschine, der Spiralmaschine, welche in den „Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ vom Jahre 1879 beschrieben und abgebildet ist.

Manche Krankheiten wurden in einer Häufigkeit beobachtet, dass sie sich wohl zu einer statistischen Bearbeitung eigneten, so z. B. die Hernien. (S. Tab. I).

Darunter befanden sich 24 Frauen mit einseitiger und 4 mit doppelseitiger äusserer Leistenhernie. — Innere Leistenbrüche fehlen bei Frauen. — Schenkelbrüche kamen 9 Mal einseitig und 1 Mal doppelseitig vor. — Nabelbrüche wurden 10 Mal bei weiblichen Kranken beobachtet. — Man sieht, wie auch bei Frauen die äusseren Leistenbrüche die bei weitem häufigsten sind.

Der Anschauung, als ob auch solche Brüche, namentlich Leistenbrüche, welche erst spät entstanden, auf congenitale Ursachen zurückgeführt werden müssten, widerspricht die klinische Erfahrung. Von vielen Kranken werden bestimmte Angaben gemacht, welche eine Entstehung durch Druck von innen heraus vermuthen lassen, wobei jedoch als wahrscheinlich zugegeben werden soll, dass pathologische Veränderungen am Bauchfell oder Bauchwand dazu disponirt haben mögen. Um hierin einen Anhalt sich zu schaffen, haben wir zusammengestellt, wie weit die Bruchkranken ihre Brüche zurückdatirt haben. (S. Tab. II).

Tab. I.

Unterleibsbrüche im Jahre 1877.—79.

	rechts	links	beiderseits	Summa	bis 1 Jahr			bis 10 J.			bis 20 J.			bis 30 J.			bis 40 J.			bis 50 J.			bis 60 J.			bis 70 J.			bis 80 J.		
Hernia inguin. externa	192	95	95	382	15	15	2	36	17	7	17	8	11	31	14	10	37	14	16	30	11	21	15	9	20	10	3	5	—	—	4
Hernia inguin. interna	8	4	6	18	—	1*)	—	1*)	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	2	3	—	1	—	—	1	2	1	1	—	—	—
Hernia cruralis . . .	20	10	5	35	—	—	—	1*)	—	—	1	—	—	4	—	—	3	2	—	4	1	1	3	3	2	3	2	1	1	2	1
Hernia epigastrica . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia umbilicalis . .	—	—	—	44	—	28	—	—	10	—	—	1	—	—	2	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tab. II.

Es kamen vor 1879:

Alter des Patienten	Herniae inguinales externae: einseitig		Herniae inguinales externae: beiderseitig		Herniae inguinales internae: einseitig		Herniae inguinales internae: beiderseitig		Herniae crurales: einseitig		Herniae crurales: beiderseitig		Herniae umbilicales:	
	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes	Anzahl der Brüche	Zeit des Bestandes
bis 1. J.	13	14 Tage bis 11 Mon.	1	1 Jahr									11	3 T. bis 12 M.
1.—10. J.	26	8 Tage bis 9 Jahr	3	14 T. bis 4 J.					1*)				4	16 W. bis 4 J.
10.—20. J.	8	5 Tage bis 14 Jahr	3	6 M. bis 10 J.										
20.—30. J.	24	4 Tage bis 21 Jahr	2		1	3 Jahr			1	12 Jahr			2	4 W. u. 3 J.
30.—40. J.	25	3 Tage bis 25 Jahr	6	2 J. bis 9 J.	2	2 J. und 15 J.			1	1 Jahr			2	3 W. u. 7 J.
40.—50. J.	19	8 Tage bis 39 Jahr	5	1 J. bis 10 J.	1	13 Jahr	1	1/2 Jahr	2	1/2 J. und 6 J.			1	3 Monate
50.—60. J.	11	4 Wochen bis 42 Jahr	8	1 J. bis 38 J.					2	8 M. und 9 J.	1	rechts 10 J. links 8 J.		
60.—70. J.	7	6 Wochen bis 26 Jahr	2	12 J. bis 14 J.			1	12 Jahr	3	1 J. bis 35. J.				
70.—80. J.			2	1/2 J. bis 53 J.										

*) Beruht wahrscheinlich auf einer irrthümlichen Notirung.

Uebersicht der Operationen und Handleistungen, welche von den Praktikanten geleistet wurden.

Eröffnung von Abscessen, Auskratzen fungöser Abscesse; Chassaignac'sche Drainage; Aspirationsbehandlung chronischer Abscesse.
Auskratzen von Lupus.
Parenchymatöse Injectionen bei Lymphom und Struma.
Ignipunctur von Angiomen.
Exstirpation von Atheromcysten, Lipomen und ähnlichen Geschwülsten.
Operation der Haasenscharte.
Operation der Ranula.
Operation des Lippencarcinoms.
Operation des eingewachsenen Nagels.
Operative Behandlung der Mastdarmfistel mit Ligatur oder Schnitt.
Punction von Hydrocelen.
Sequestrotomien (incl. Extraction nekrotischer Fingerphalangen).
Excision von Fremdkörpern.
Einrichtung von Knochenbrüchen und Verrenkungen.
Wundbehandlung: Blutstillung, Nathanlegung, Anlegung antiseptischer Wundverbände.
Katheterismus. Exploration der Harnblase, Ausspülen der Harnblase, Behandlung von Harnröhrenstricturen.
Exploration der Speiseröhre und Behandlung der verengten Speiseröhre mittelst Schlundsonde.
Orthopädische Behandlung: der Skoliosen durch Torsion und Maschinen; des genu valgum durch Kapselverbände oder gewaltsame Redression; des angeborenen Klumpfusses durch manuelle Behandlung durch Tenotomie und Maschinen; ebenso des paralytischen Klumpfusses; des pes valgus acquisitus; des Spitzbuckels durch Rauchfuss'schen Gürtel.
Massage.
Anlegung von Pappe-, Gyps-, Guttapercha-, Lederverbänden; elastische Einwicklung; Heftpflaster-Extensionsverbände.
Zahnoperationen.

So klein und unbedeutend manche dieser Handleistungen erscheint, so habe ich doch zu häufig gesehen, wie Alles, auch das Kleinste gelernt sein will, wenn sich der Arzt nicht auf Schritt und Tritt in peinlicher Verlegenheit befinden, und das Nöthigste und Einfachste zuweilen aus

Zaghaftigkeit unterlassen soll. Es kann Jemand täglich die grössten, blutigsten Operationen gesehen haben, und ist doch befangen, sobald er selbst handeln soll.

Manche grössere Operationen, z. B. Gelenkresectionen, Resection rhachitischer Curvaturen, Steinschnitt, Perinäalschnitt bei Strictur, Mammaexstirpationen wurden während der Ferienzeit, weil während derselben Königliche Freistellen nicht belegt zu werden pflegen, oder wenn die Kranken nicht nach dem Krankenhause gehen wollten, in der Wohnung des Patienten oder in der Privatklinik des Verf. unter Assistenz von Praktikanten vorgenommen.

Man kann der Meinung sein und hat es wohl auch ausgesprochen, dass das Lister'sche Verfahren die Grenzen einer ambulatorischen Behandlung entschieden erweitert habe. Die dabei in Anwendung kommenden Occlusivverbände, welche wo nöthig mit Fixationsvorrichtungen für die Gliedmaassen verbunden sind, schützen dergestalt vor äusseren Schädlichkeiten, dass man, wo der Transport nicht als Hinderungsgrund erscheint, die operativen Eingriffe bis zu den Gelenkresectionen an den oberen Extremitäten und zu Resectionen in der Continuität an den Unterextremitäten leicht transportfähiger Kinder ganz wohl ausdehnen könnte. Und dennoch darf eine ambulatorische Klinik, wie die unsrige, ihren Ruhm weniger auf Seiten der operativen Chirurgie, nicht ein Mal auf Seiten der Wundbehandlung suchen, wenn nicht zuvor die Mittel dazu in grösserer Reichlichkeit geboten werden.

Ein „aseptisches“ Zimmer mit reichlichen Reinigungsvorrichtungen, ein „aseptischer“ Assistent, eine „aseptische“ Aufwartung, die Füglichkeit, mit dem antiseptischen Heilapparat verschwenderisch umgehen zu können, anstatt damit kargen zu müssen, sind unerlässliche Erfordernisse zu einem erspriesslichen Betriebe einer antiseptischen Behandlung.

Vergegenwärtigt man sich dagegen, wie die disponibeln Arbeitskräfte darauf angewiesen sind, Alles erledigen zu müssen, was in bunter Reihe zur Poliklinik kommt; ein stinkendes Fussgeschwüre wechselnd mit einer Sehnenscheideverletzung, eine frische Kopfwunde nach einem jauchigen Abscess, und wie die disponibeln Räume durch Kranke und Zuhörer, durch Unterricht und Krankenbehandlung, durch Solche, welche untersucht, Solche, welche bandagirt, und Solche, welche operirt werden sollen, gleichzeitig oder wenigstens in rascher Aufeinanderfolge in Anspruch genommen sind, da bietet die grösstmögliche Sorgfalt keine Gewähr für das Gelingen der antiseptischen Wundbehandlung.

Bis auf Weiteres können wir uns nur dadurch zu helfen suchen, dass wir die ambulatorische Krankenbehandlung auf einen grösseren Zeitraum ausdehnen und uns für vorbereitende Reinigung der von der Arbeit kommenden Kranken, namentlich bei der Arbeit Verletzten, längere Frist gönnen, während freilich der Unterricht an den ambulatorischen Kranken sich nicht auf längere Zeit als bisher wird erstrecken können. Würde dann die Einrichtung getroffen, dass an der Ausführung der antiseptischen Verbände etc. die Studirenden sich nur Abtheilungsweise (für jeden Tag) betheiligen dürfen, so bleibt für die übrigen Zuhörer und für die klinische Demonstration vorzugsweise die Untersuchung der neu hinzukommenden Kranken, die Ausführung unblutiger Operationen, oder solcher, welche auf Antisepsis keinen Anspruch machen können.

Wie viele Medicin-Studirende durch die chirurgische Poliklinik gegangen sind, ist aus nebenstehender Tabelle ersichtlich, die zwar nicht ohne Lücken, jedenfalls aber dafür zeugt, dass der Nutzen der Poliklinik mehr und mehr erkannt und das dortige Unterrichtsmaterial mehr und mehr benutzt wurde.

Die in der Zuhörerzahl vorkommenden Schwankungen beruhen vielleicht darin, dass der eine Lehrer mittheilsamer als der andere war, dass der eine mehr den Ansprüchen als Humanitätsanstalt, der andere mehr denen der Unterrichtsanstalt Rechnung trug, dass das Interesse für die Poliklinik zeitweise durch das für die Klinik, das Interesse für die Chirurgie zeitweise durch das für die innere Medicin in den Hintergrund gedrängt wurde. Jedenfalls legt der Medicin-Studirende von heute mehr Werth als früher auf's Sehen und Beobachten als auf's Hören. Wo ihm Material geboten wird, an dem er seine Sinne üben und seine Geschicklichkeit schulen kann, dahin wird er sich eher wenden, als wo vom Katheder docirt wird. Zu dem schnellen Ansteigen der Zuhörerzahl in dem letzten Jahrzehnt hat ohne Zweifel die Zunahme der Medicin-Studirenden überhaupt so wie die neue Examenordnung beigetragen.

Dass eine ziemliche Anzahl Studirender die Poliklinik zwei, auch drei Semester hindurch besuchen, gereicht uns zu grosser Freude und mag seine Erklärung darin finden, dass im Anfange ihrer praktischen Studienzeit der propädeutische Unterricht, später mehr die Betheiligung an der manuellen Behandlung ihr Interesse erweckt.

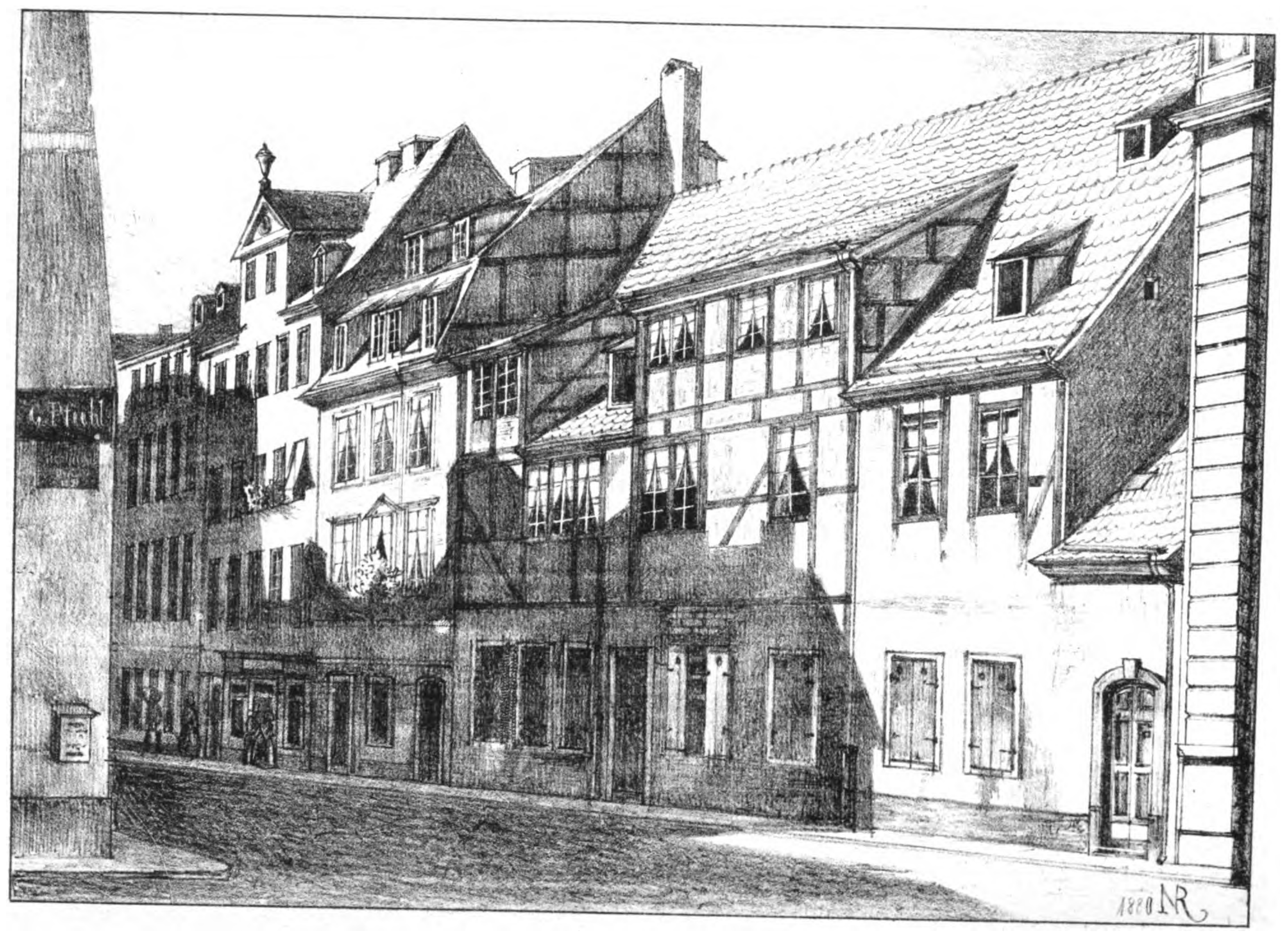
Jahr	Anzahl der Praktikanten		Anzahl der Medicin-Studirenden	Bemerkungen.
	Sommer-semester	Winter-semester		
1834	21	16	133	Local: Universitätsstrasse 14.
1835	20	18		
1836	23	18		
1837	21	21		1844 Prof. CARUS nach Dorpat berufen. Prof. WALTHER u. Prof. FRANCKE Direct.
1850	16	10	164	
1852	18	10		1853 Local: Grimm. Steinweg Nr. 56, im Trier'schen Institut.
1854	11	13	172	
1855	15	8		
1856	14	5		
1857	12	4		
1858	16	5		Den 3. Februar Prof. WALTHER †.
1859	vac.	6	167	Prof. FRANCKE und Prof. STREUBEL Direct.
1860	9	4		
1861	5	6		Den 22. Decbr. Prof. FRANCKE †.
1862	6	5		Prof. STREUBEL Director.
1863	6	6		
1864	13	5	188	
1865	5	6		
1866	12	5		
1867	6	6		
1868	7	10		7. Decbr. Prof. STREUBEL †.
1869	10	31	223	
1870	15	vac.		Feldzug 1870/71.
1871	3	43		
1872	61	57		Im Mai Uebersiedelung nach dem Paulinum.
1873	79	46		
1874	73	56	394	
1875	73	42		
1876	77	41		
1877	56	17		In den Wintersemestern collidirt die chirurgische Poliklinik mit Prof. WAGNER's medicinischer Klinik.
1878	72	10		
1879	74	20	423	

Schlusswort.

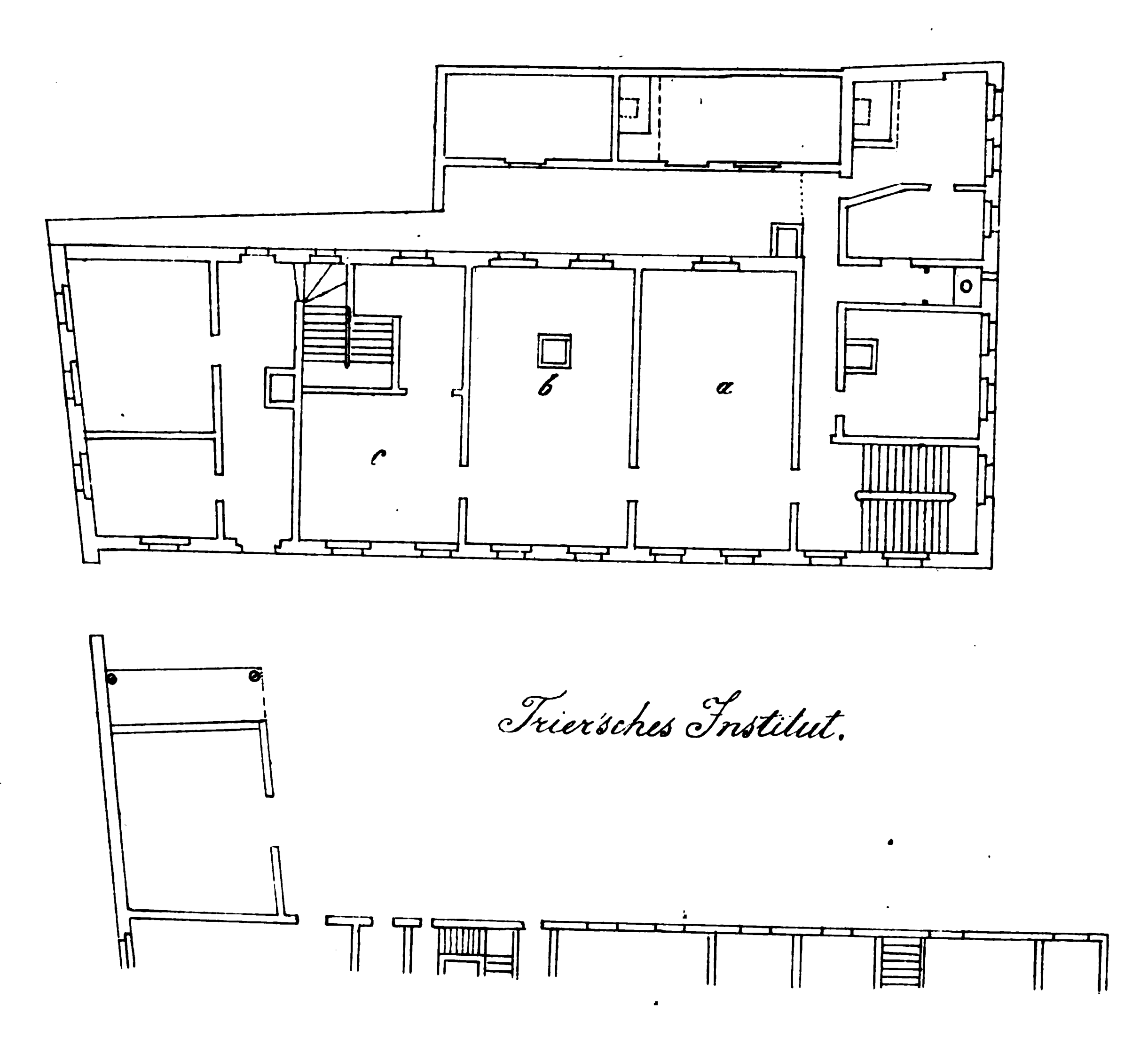
Wir blicken auf die Vergangenheit nicht bloss zurück, uns dessen zu freuen, was im Laufe der Jahre erreicht ward, sondern auch aus derselben für die Zukunft zu lernen. Denn mit der Erkenntniss, wie viel noch fehle, ehe unsere Arbeit uns wahrhaft zu befriedigen vermag, ist ein Schritt dem Ziele zur Vollendung näher gethan.

Was an uns ist, werden wir jederzeit uns hüten, die Grenzen der Verpflichtungen, welche das uns anvertraute Amt fordert, zu eng aufzufassen, werden es an redlichem Streben nicht fehlen lassen und auch ferner zu Opfern bereit sein, wo es gilt, fühlbaren Mängeln abzuhelfen. Möchte uns bei diesen Bemühungen der Rath und die Unterstützung Anderer stets zur Seite stehen.

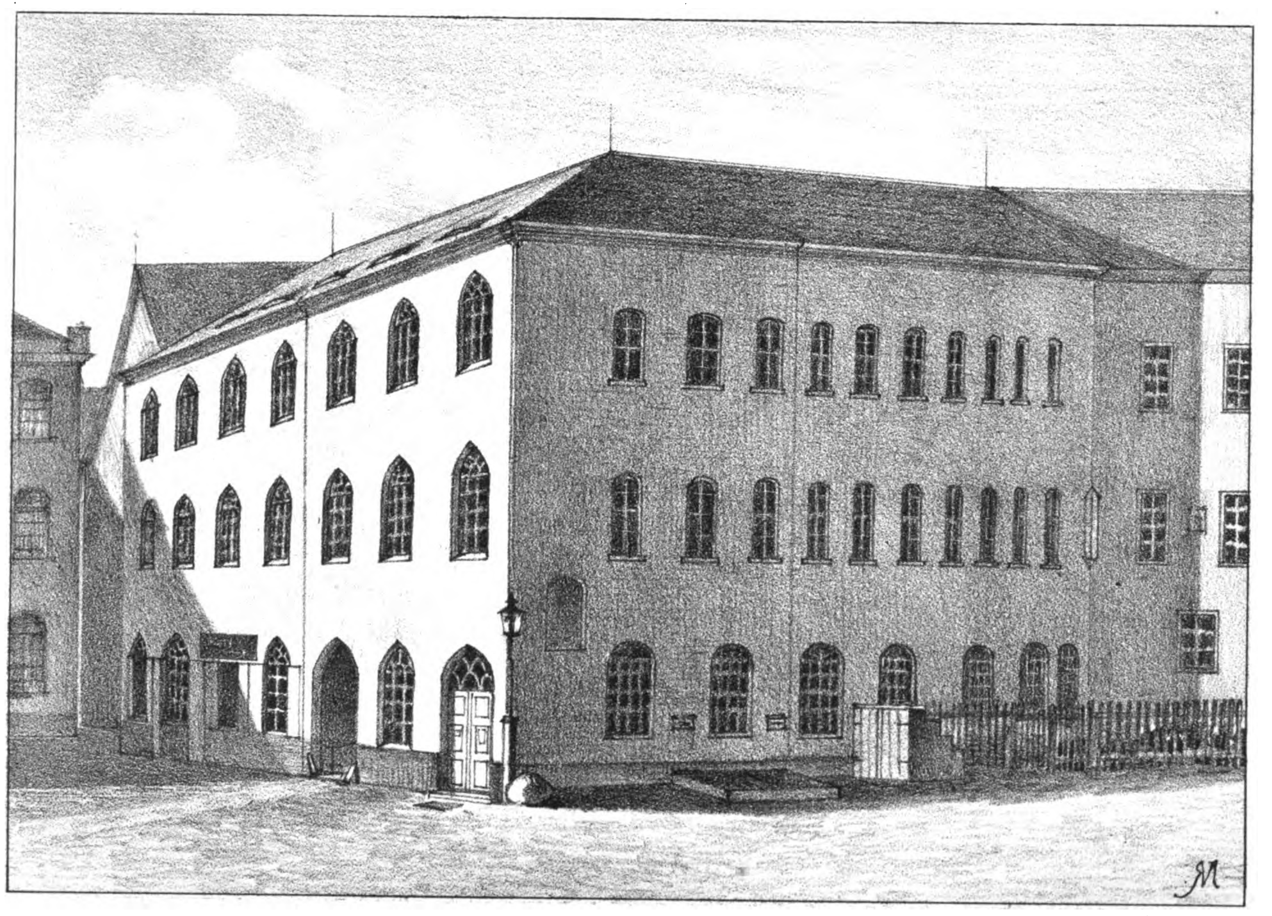
Druck von J. B. Hirschfeld in Leipzig.



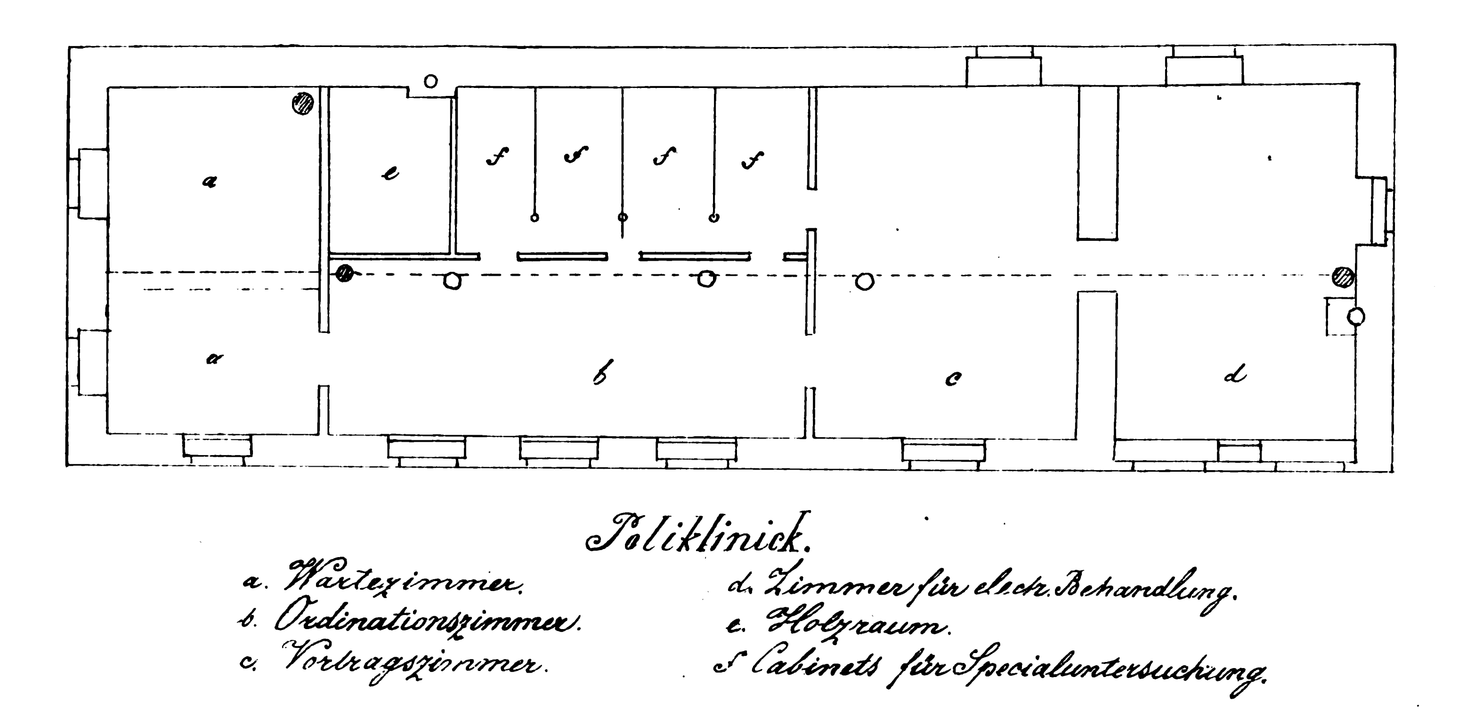
Tafel 1.



Tafel 2.

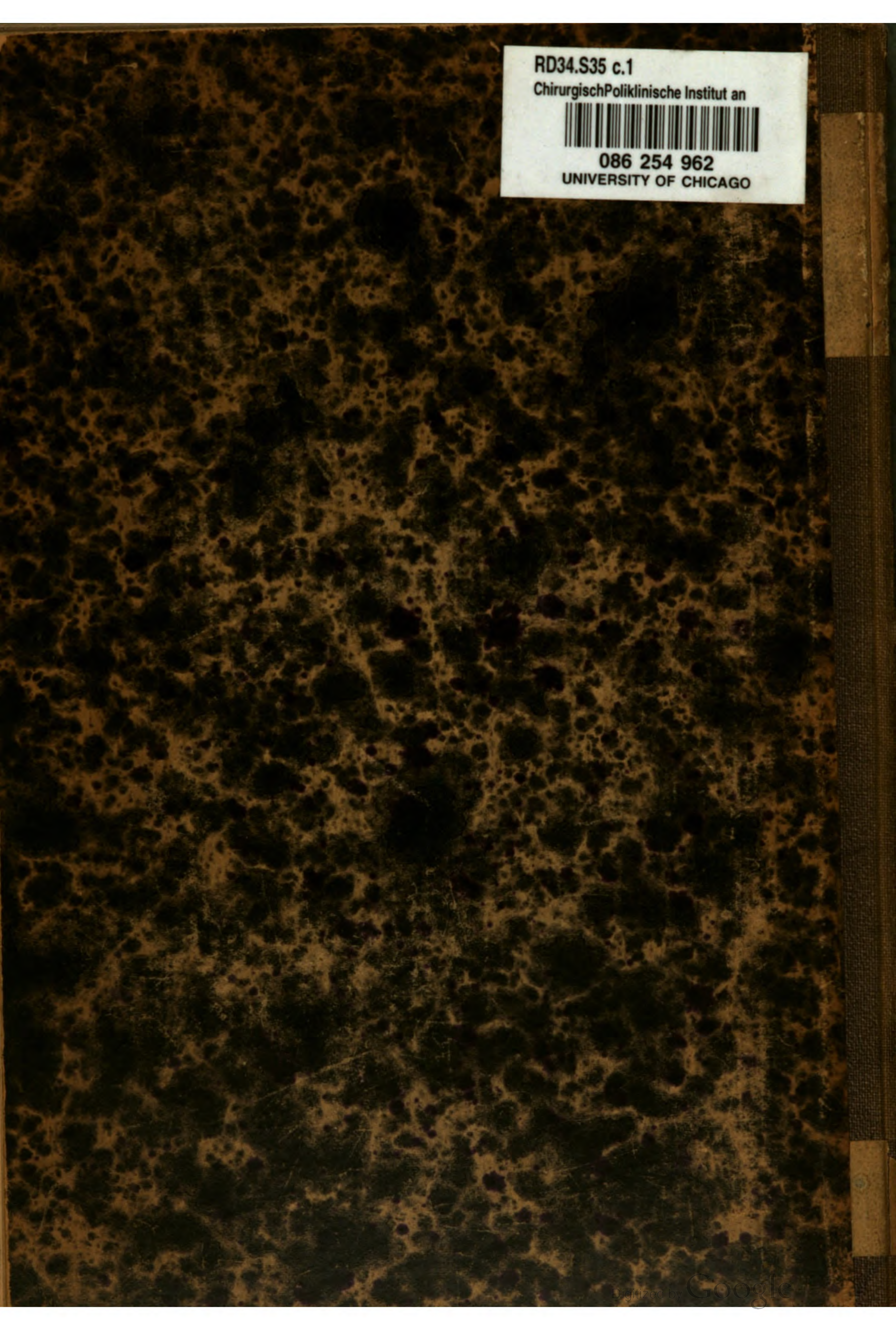


Tafel 3.


a
e
f
f
f
f
a
b
c
d
Poliklinick.
a. Wartezimmer.
b. Ordinationszimmer.
c. Vortragszimmer.
d. Zimmer für elect. Behandlung.
e. Holzraum.
f. Cabinets für Specialuntersuchung.

Tafel 4.




RD34.S35 c.1
ChirurgischPoliklinische Institut an
086 254 962
UNIVERSITY OF CHICAGO
Digitized by Google